Nr. 3. 15 stycznia 1933 Rok XII.

# POLSKA GAZETA LEKARSKA

## WYKŁAD KLINICZNY.

Dr. WŁADYSŁAW JAROSZEWICZ, st. hosp. kliniki. Warszawa.

### Przypadek czerwonki pełzakowej i uwagi kliniczne o tej chorobie.

Z I. Kliniki Chorób Wewnętrznych Uniw. Warszaw.
Zast. Dyr.: Doc. Dr. Zdzisław Gorecki.

Dokończenie.

Wyżej przytoczony opis przypadku, daje nam dość typowy obraz kliniczny czerwonki pełzakowej w tej postaci, jaką się najczęściej widuje. Obok tej niejako klasycznej postaci istnieje cały szereg innych, które klinicznie wykazują mniejsze lub większe odchylenia od zwykłego dobrze znanego obrazu, a czasem znowu układają się w pewne odrębne zespoły, stwarzając pozory odmiennych etjologicznie stanów chorobowych.

Dopter odróżnia kilka zespołów klinicznych czerwonki pełzakowej:

1) Postać ogólna. Wystąpienie właściwego zespołu czerwonki jest poprzedzone okresem początkowym (1—2 tygodni), cechującym się dolegliwościami żołądkowemi i banalnem rozwolnieniem. Najważniejszemi objawami pełnego rozwoju są: biegunka o charakterze śluzowo-krwawym, bóle brzucha szczególnie w okolicy kątnicy i esicy, parcie na stolec, silne pragnienie. Ilość wypróżnień w ciągu doby nie bywa nigdy tak częsta, jak w czerwonce bakteryjnej. W miarę postępowania choroby, chory chudnie i zdradza objawy niedokrwistości wtórnej. Przebieg cierpienia jest rozmaicie długi w zależności od natężenia procesu chorobowego oraz zastosowania w porę swoistego leczenia. Znamiennem dla tej postaci jest nadzwyczajna skłonność do przechodzenia w stan przewlekły, który nawet w korzystnych warunkach leczenia rozciągać się może na całe miesiące a nieraz nawet i lata. W przypadkach nieleczonych lub opierających się leczeniu, po upływie kilku miesięcy dochodzi do znacznego wyniszczenia ustroju *(cachexie dysentérique)*, które kładzie kres życia chorego, o ile wcześniej to nie nastąpi wskutek śmiertelnych powikłań lub schorzeń przypadkowych. Przebieg choroby jest bezgorączkowy. Nierzadko cierpienie to może się zjawić już wprost jako przewlekłe.

2) Postać posocznicowa. Naogół dość rzadka, zdarza się w krajach podzwrotnikowych. Do klasycznych objawów czerwonki dołączają się dreszcze, wysoka gorączka o typie ciągłym lub przerywanym. Obraz ogólny przypomina stan jakby durowy. W szybkim czasie sprawa kończy się niepomyślnie wśród objawów rozwijającej się skazy krwotocznej oraz ropnicy.

3) Postać choleryczna. Całokształt obrazu klinicznego oraz przebieg kształtuje się w sposób podobny jak w cholerze. Odsetek śmiertelności znaczny.

4) Postać bardzo ostra *(suraiguë)*. Obejmuje ona przypadki, których obraz chorobowy w głównych zarysach zbliżony jest do duru brzusznego lub ostrego nieżytu żołądkowo-jelitowego. Zespół czerwonkowy jest tu niewyraźny, a czasem go wcale niema. Zejście śmiertelne w 15 do 20 dni od ukazania się pierwszych objawów.

5) Postać utajona. Przebiegać może zupełnie niepostrzeżenie lub też ujawniać się objawami dyspeptycznemi przejściowemi, krótko trwającemi biegunkami naprzemian z zaparciami lub prawidłowemi stolcami. Jest ona częsta, a ze względu na mało zarysowany obraz chorobowy bywa nazbyt często źródłem błędów diagnostycznych.

6) Postać sprzężona. Tu należą przedewszystkiem postacie mieszane bakteryjno-pełzakowe, oraz czerwonki powodowane jednocześnie przez pełzaki i innego rodzaju pierwotniaki jak: *lamblia intestinalis, balantidium coli, schistosomum.*

Co się tyczy powikłań genetycznie ściśle związanych z zasadniczem schorzeniem, to przodujące miejsce wśród nich zajmuje przedziurawienie jelita z następowem zapaleniem otrzewny. Prócz tego pełzaki czerwonki mogą przedostawać się z ogniska pierwotnego w jelicie grubem, drogą naczyń chłonnych i krwionośnych do ogólnego obiegu, powodując tworzenie się ropni w różnych narządach. Ropnie wątroby ze skłonnością do umiejscowiania się w prawym płacie są powikłaniem, które najczęściej spotyka się w krajach tropikalnych. Według Kartulisa powikłanie to zdarza się w 55% przypadków, według Jürgensa w 25%, przyczem wszyscy badacze zgadzają się, że ropnie wątroby tworzą się przedewszystkiem w przypadkach przewlekłych. Równie często występują ropnie w płucach (Labbé). W pojedyńczych przypadkach spostrzegano ropnie śledziony (Maxwell, Rogers) oraz ropnie mózgu (Armitage), a już do wyjątkowych należy przypadek Warthina, który znalazł pełzaki czerwonki w jądrze i najądrzu oraz Kofoida, który stwierdził obecność pełzaków w gruczołach dotkniętych ziarnicą złośliwą. Nierzadko notowane są przetoki do pęcherza moczowego, dające klinicznie objawy ostrego zapalenia pęcherza. Objawy zapalnego zajęcia stawów w czerwonce pełzakowej również nie należą do rzadkości.

W obrazie chorobowym naszego przypadku warto podkreślić niektóre ciekawe szczegóły kliniczne.

Opierając się na wzmiankowanej klasyfikacji Doptera, przypadek nasz odpowiada wymaganiom stawianym dla postaci ogólnej. Odznacza się on jednak wyraźnie ostrym charakterem przebiegu, co należy do zjawisk rzadziej spotykanych w tem cierpieniu wogóle, a w tej postaci w szczególności, zwłaszcza gdy chodzi o strefę klimatu umiarkowanego. Ostrość procesu chorobowego w tym przypadku znajduje swój wyraz w nagłym początku choroby nie poprzedzonym zwiastunami, w szybkiem tempie rozwoju wyniszczenia, dającego się porównać jedynie chyba z cherą w złośliwych sprawach nowotworowych, wreszcie w zejściu śmiertelnem w niespełna 5 tygodni wśród objawów niewydolności mięśnia sercowego i rozpoczynającego się zapalenia otrzewny.

Zagadnienie, jakie czynniki wpływają na kształtowanie się przebiegu w czerwonce pełzakowej, jest obecnie jeszcze w sferze dociekań naukowych. Sellards i Bajter, a z europejskich badaczy Culides, Anzola i Godard, utrzymują, że poszczególne szczepy pełzaka czerwonki odznaczają się różnym stopniem złośliwości, której stosunek do napotkanego rodzaju sił obronnych ustroju stanowi o przebiegu choroby. Inna grupa badaczy z Craigiem na czele do pojęcia złośliwości odnosi się z pewną rezerwą, jako niedostatecznie jeszcze sprawdzonego i sądzi, że o ostrości lub przewlekłości, względnie o braku objawów mimo istniejącego zakażenia, decyduje całkowicie zachowanie się zdolności odczynowych ustroju. Fakt częstego zapadania na czerwonkę pełzakową w okolicach podzwrotnikowych i częstszego występowania jej w postaci ciężkiej, badacze ci tłumaczą sobie właśnie zmniejszeniem oporności ustroju, czemu z taką łatwością ulegają osoby, znajdujące się w trudnych warunkach pobytu w klimacie gorącym. Osoby te z chwilą przeniesienia do klimatu umiarkowanego, dzięki wzmożeniu się oporności, szybko powracają do zdrowia.

Interesującem jest w naszym przypadku zachowanie się obrazu krwi. Obok wyraźnej wtórorzędnej niedokrwistości, mamy leukocytozę obojętnochłonną z przesunięciem obrazu leukocytowego Arnetha na lewo. Cechy powyższe zdaniem większości badaczy są typowe dla czerwonki pełzakowej, przyczem wysokie cyfry odsetkowe ciałek obojętnochłonnych są wykładnikiem ostrego procesu. Pod względem zachowania się monocytów, nasz przypadek, wykazujący normalny ich poziom, różni się od spostrzeżeń poczynionych przez wielu badaczy. Według Browna, Stitta oraz innych, monocytoza wahająca się od 10 do 17% jest objawem wysoce znamiennym dla tego cierpienia. Chalmers uważa, że w miarę zmniejszania się ilości pełzaków w przewodzie pokarmowym, spada odsetek monocytów we krwi, co można wyzyskać jako wskazówkę w leczeniu emetyną. Poza tem zwraca uwagę w naszym przypadku zupełny brak ciałek kwasochłonnych, mimo że można było *a priori* spodziewać się stanu przeciwnego wobec współistnienia robaków jelitowych. Co się tyczy eozynofilji, to zdaniem francuskich badaczy, w czystej postaci czerwonki pełzakowej jest ona objawem prawie zawsze spotykanym. Inni badacze, a wśród nich Fischer, który przeprowadził w tym zakresie masowe badania na Dalekim Wschodzie (u chińczyków), objaw ten spostrzegali w niewielkim tylko odsetku przypadków.

Nawiązując do stwierdzonych u naszej pacjentki robaków jelitowych, a mianowicie włosogłówki ludzkiej i glisty dżdżownicowatej zaznaczyć wypada, że równoczesne osiedlanie się w jelitach różnego rodzaju pasorzytów uchodzi za zjawisko wcale nierzadko spostrzegane w czerwonce pełzakowej, jak i wogóle

w schorzeniach pierwotniakowych jelit. Tak naprzykład Davaine bardzo często spotykał w czerwonce pełzakowej obecność *Chilomastix mesnili*, należącego do grupy wiciowców. Uwzględniając okoliczność, że zakażenie pasorzytami przewodu pokarmowego, a zwłaszcza czerwiami jest niemal powszechne wśród ludności stojącej na niskim szczeblu kultury, to zrozumiały staje się fakt częstej zbieżności choroby robaczej między innemi z czerwonką pełzakową. Co się tyczy znalezionych w kale w naszym przypadku dwóch jaj bróżdogłowca szerokiego, obecności którego sekcja nie potwierdziła, to według wszelkiego prawdopodobieństwa, jaja glisty dżdżownicowatej pozbawione karbowanej osłonki były mylnie przyjęte za jaja bróżgogłowca.

Objawem godnym podkreślenia w omawianym przypadku jest zupełny brak wolnego kwasu solnego w treści żołądkowej przy jednocześnie niskim poziomie kwasoty ogólnej. Dawniejsi autorowie przypisywali bezsoczności duże znaczenie, uważając ją za czynnik umożliwiający zakażenie pierwotniakami. Badania ostatnich czasów coraz dowodniej przekonywują, że czynnik ten nie jest koniecznym warunkiem do zakażenia i że poprostu należy uważać go jako objaw wtórny. Objaw ten w ogromnej większości przypadków czerwonki pełzakowej jest notowany. W zespole z innemi objawami posiadać może pewną wartość różniczkowo-rozpoznawczą, zważywszy na fakt, że np. w czerwonce bakteryjnej spotyka się go niezwykle rzadko.

Największe zainteresowanie wzbudza niniejszy przypadek z punktu widzenia epidemjologicznego.

Jak wiadomo, zakażenie u ludzi powstaje w następstwie dostania się do przewodu pokarmowego postaci otorbionych pełzaka, posiadających znaczną odporność na działanie szkodliwych czynników zewnętrznych. Dla przykładu wymienię, że w wodzie torbiele zachowują swą żywotność w ciągu kilku tygodni. W temperaturze 68° giną w ciągu kilku minut. Chlorowanie wody nawet w największem stężeniu pozostaje bez wpływu na torbiele, natomiast sublimat w roztworze 1:1000 zabija torbiele dopiero po 4 godzinach.

Zakażenie pełzakiem może dojść do skutku przy nieprzestrzeganiu przepisów higjenicznych podczas bezpośredniego stykania się z chorymi lub rekonwalescentami, a także za pośrednictwem przedmiotów używanych przez nich. Źródłem zakażenia mogą być t. zw. zdrowi nosiciele torbieli pełzaka. Duży odsetek zakażenia następuje wskutek picia wody lub spożywania pokarmów zakażonych torbielami. Jak wynika z badań przeprowadzonych przez badaczy tej miary co Wenyon i O'Connor, muchy odgrywają ogromną i niewątpliwą rolę w przenoszeniu zakażenia. Craig powołuje się nawet na kilka pouczających przykładów masowego wystąpienia czerwonki pełzakowej w niektórych okolicach Ameryki, które czyniły wrażenie prawdziwych epidemij i zdaniem tego badacza powstały dzięki przeniesieniu zakażenia przez muchy.

Wracając do naszej chorej, zwrócić należy uwagę na fakt niezmiernie ważny, a mianowicie, że nie opuszczała ona nigdy granic kraju, co świadczyłoby o autochtonicznem pochodzeniu czerwonki w danym przypadku. Z drugiej jednak strony, drogą wywiadów umyślnie przeprowadzonych w miejscu zamieszkania chorej zdołano ustalić, iż pochodzi ona ze środowiska mało kulturalnego i że w najbliższem otoczeniu jej znajdowało się przez pewien czas dwóch osobników przybyłych z Brazylji i Palestyny, a więc ze znanych ognisk endemicznych czerwonki. Możnaby zatem przypuszczać, że osobnicy ci byli zdrowymi nosicielami torbieli pełzaka, stanowiąc bezpośrednie czy też pośrednie ogniwo zakażenia. Tego rodzaju tłumaczenie, jakkolwiek oparte na domysłach, wydaje się najbardziej trafiać do przekonania.

Przypadek powyżej omówiony jest wymownem świadectwem, jak dalece należy brać pod uwagę możliwość powstawania w naszych warunkach klimatycznych cierpień, które napozór wydają się nieprawdopodobne. Znaczenie jego nie powinno kończyć się na formalnem zarejestrowaniu w kronikach lekarskich, jako pierwszego stwierdzonego w Polsce przypadku czerwonki pełzakowej. Nasuwa on jeszcze dalej idące refleksje natury epidemjologicznej i czyni bardzo aktualnem zagadnienie czerwonki pełzakowej na naszym terenie.

Polska znajduje się podobnie jak inne kraje europejskie w warunkach, w których przeniesienie tego pasorzyta do nas jest najzupełniej możliwe. Mam na myśli przedewszystkiem ożywiony ruch emigracyjny i imigracyjny z krajami o klimacie gorącym, zwłaszcza ze strony ludności żydowskiej (Ameryka Południowa, Palestyna i t. d.). Ale równie dobrze dotyczy to krajów zachodnio-europejskich, gdzie jak poprzednio wspomniałem zakażenie pełzakiem czerwonki wzrosło niepomiernie.

Wychodząc z tego założenia mamy wszelkie prawo przypuszczać, że czerwonka pełzakowa w Polsce nie ogranicza się li tylko do przypadku, który był przedmiotem niniejszej notatki. Być może, iż pogląd dotychczasowy na tę sprawę ulegnie radykalnej zmianie z chwilą, gdy będziemy odpowiednio w tym kierunku nastawieni, przyjmując jako naczelną zasadę, konieczność przeprowadzania umiejętnych i skrupulatnych badań kału we wszelkich przypadkach stałych lub przejściowych biegunek o „niejasnej etjologji". Ważność tego sposobu podejścia do sprawy jest tem bardziej oczywista, gdy przypomnę, że czerwonka pełzakowa w swej najlżejszej postaci może z łatwością ujść uwagi badającego, a w rozwiniętych nawet przypadkach odwrócić ją na niewłaściwe tory rozpoznawcze wskutek podobnego do innych cierpień obrazu klinicznego.

Że nieumiejętne badanie kału może głównie przyczynić się do przeoczenia właściwej natury schorzenia dowodzi tego najjaskrawiej nasz przypadek. Jak wynika z orzeczenia analizy kału, dokonanej u chorej na prowincji, na kilka dni przed przybyciem do kliniki „pełzaków czerwonki nie wykryto". Podobny przykład stoi mi żywo w pamięci w przypadku biegunek na podłożu pierwotniakowem, który przed trzema laty spostrzegałem w tutejszej klinice.

Dla zorjentowania więc i ułatwienia, nakreślę pokrótce ważniejsze wytyczne, jakiemi należy się kierować badając kał na pełzaki, tak co do strony technicznej badania jak i rozpoznawczej.

Przedewszystkiem, co się tyczy samych wypróżnień, to w typowych przypadkach czerwonki pełzakowej przyjmują one dość charakterystyczne cechy. Wypróżnienia są spoistości płynnej, barwy brunatnej, o silnym zapachu gnilnym, czasem znowu przypominającym specyficzną woń kleju stolarskiego lub spermy. Makroskopowo stwierdzić można obecność krwi w postaci skrzepłych pasemek lub zmieszaną z śluzem. Często jednak zdarza się, że wskutek dokładnego zmieszania się z treścią jelitową, krew nie jest dostępna zwykłemu oglądaniu. Mniejsza lub większa domieszka śluzu w postaci szklistych grudek, kłaczków i smug zawsze jest widoczna. Dla określenia wyglądu zewnętrznego kału, autorzy amerykańscy używają trafnego porównania *„anchoid sauce"* — sos z rybek zwanych sardelą. Oddziaływanie kału jest zazwyczaj zasadowe. W przypadkach, w których tworzą się zmiany zgorzelinowe jelita, kał staje się wybitnie cuchnący, przyczem widzi się znaczne ilości strzępków obumarłych tkanek.

Drobnowidzowo poza pełzakami czerwonki, zwraca uwagę obecność śluzu, obfitość niezmienionych czerwonych ciałek krwi, nieznaczna ilość leukocytów, przeciwnie niż to bywa w czerwonce bakteryjnej, gdzie całe pole widzenia roi się od ciałek ropnych. Czasem stwierdza się kryształki Charcot-Leydena, a wśród leukocytów przewagę komórek kwasochłonnych.

Nie wchodząc bliżej w szczegóły różniczkowe postaci wolnych oraz torbieli pełzaka, które każdy znajdzie w obszerniejszych podręcznikach parazytologji oraz mikroskopji klinicznej, uważam za rzecz konieczną podnieść, że znalezienie w pierwoszczu pełzaka czerwonych ciałek krwi jest cechą rozstrzygającą w rozpoznaniu pełzaka czerwonki. Podług Wenyona, wtręty złożone z czerwonych ciałek krwi występują w pewnym tylko odsetku przypadków i z tego powodu brak ich nie może być uważany jako argument, przemawiający na niekorzyść pełzaka czerwonki, jak to ongiś mniemano.

Przechodząc do techniki badania pamiętać trzeba, aby badać kał natychmiast po oddaniu, przyczem przez cały czas badania winien on być przechowany w cieplarce o stałej temperaturze 37° lub w ogrzanym do tej temperatury termosie. Jako materjał do badania najlepiej brać strzępki śluzu. Badanie przeprowadza się w sposób następujący: na ogrzane szkiełko podstawowe kładzie się kroplę treści kałowej samej lub rozcieńczonej roztworem fizjologicznym soli kuchennej, ogrzanym do ciepłoty ciała i przykrywa się lekko i ostrożnie szkiełkiem przykrywkowem również ogrzanem. Badanie można także wykonać w kropli wiszącej. Jako materjału bardzo wartościowego do badania można użyć nalotów lub skrawków tkanki, pobranych z owrzodzeń jelitowych przy sposobności wykonywania rektosigmoideoskopji.

Dla możliwości wykrycia postaci wolnych pełzaka, kał musi odpowiadać 3 niezbędnym warunkom t. j.: kał świeży i w stanie ciepłym, oddziaływanie zasadowe i płynna spoistość. Wrażliwość postaci wolnych pełzaka na oziębienie, wysychanie oraz środowisko kwaśne jest znaczna i ujawnia się wkrótce zahamowaniem ruchów, których obecność nietylko że ułatwia wyszukanie pełzaka, ale również jest bardzo pomocna do rozpoznania poszczególnych gatunków pełzaka. Z chwilą utraty ruchów odróżnienie na świeżym preparacie od innych elementów komórkowych, jak leukocytów obojętnochłonnych, monocytów, makrofagów lub komórek nabłonka jelitowego nie jest zadaniem łatwem nawet w rękach doświadczonego parazytologa.

Wykrycie torbieli pełzaka jest zwykle połączone z dużemi trudnościami. Doświadczenie poucza, że w stolcach sformowanych rzadko kiedy udaje się wykryć torbiele pełzaka. Zanim przeto przystąpi się do badania, zaleca się uprzednio podać choremu

środek czyszczący np. *magnesium sulfuricum*, lub wykonać głęboką lewatywę. Zagęszczenie torbieli pełzaka w kale sposobem B a r t h e l e m y'ego lub innemi może oddać bardzo duże usługi w poszukiwaniu.

O ile chodzi o barwienie utrwalonych preparatów kału, to wszyscy badacze zgodnie uznają dużą wartość barwienia met. Giemsy oraz hematoksyliną żelazistą, która doskonale uwidacznia strukturę komórkową.

Wynik ujemny jednorazowego badania niczego jeszcze nie dowodzi. Badanie powinno się kilkakrotnie powtórzyć, albowiem w cyklu rozwojowym torbieli pełzaka znane są t. zw. okresy negatywne, w których wydalanie się torbieli z kałem ulega krócej lub dłużej trwającej przerwie.

W przypadkach, w których zachodzą większe wątpliwości w rozpoznaniu pełzaka czerwonki, przyjdzie niekiedy uciec się do próby biologicznej, polegającej na wstrzyknięciu do odbytnicy kocięcia pewnej ilości podejrzanego kału i czasowego zaszycia odbytu. Wystąpienie objawów czerwonki jest najbardziej istotnym sprawdzianem roli chorobotwórczej pełzaków, a tem samem zakwalifikowania ich jako *E. histolytica*.

Z uwagi na to, że czerwonka pełzakowa może się wikłać ropniami wątroby, korzystnem okazać się może badanie żółci, pobranej zgłębnikiem dwunastniczym. C a r n o t i L i b e r t stwierdzili obecność pełzaków czerwonki w żółci w przypadku zapalenia wątroby.

Na zakończenie parę słów co do leczenia czerwonki pełzakowej. Z pośród wielu leków, które proponowane były przez różnych badaczy, największe rozpowszechnienie i uznanie zyskała sobie emetyna, stosowana jako *emetinum hydrochloricum* podskórnie w dawkach 0,04—0,08 *pro die*, codziennie przez 7 do 10 dni. Z obawy ewentualnej kumulacji i zatrucia nie wolno przekroczyć dawki całkowitej — 1 g. Przypadki śmiertelnego zatrucia emetyną jeszcze dziś nie należą do rzadkości. Leczenie emetyną należy po pewnym czasie powtórzyć. Pomyślne wyniki lecznicze otrzymuje się również przy stosowaniu związków arsenowych (nowarsenobenzol, stowarsol, acetylarsan i t. p.). Zarówno emetyna jak i wymienione preparaty arsenowe posiadają wpływ niweczący na postacie wolne pełzaka, natomiast torbiele z natury są bardzo odporne na te środki tak, że o doszczętnem wyleczeniu przy ich pomocy niema mowy. Dlatego też R a v a u t poleca leczenie skombinowane emetynowo-arsenowe, które według niego w 22% zabija także i torbiele. W piśmiennictwie angielskiem dość entuzjastycznie wyrażają się o dwujodku emetyny i bizmutu, stosowanym w dawce 0,18 na dobę w ciągu 12 dni. Działanie tego leku rozciągać się ma na obie postacie pełzaka. W ostatnich czasach zaczyna wchodzić w użycie *Yatren puriss. 105*, zawierający 28% jodu. Zdaniem wielu badaczy, między innemi O u r y i G o d a r d a, środek ten jest jednym z najpotężniej i najskuteczniej działających w czerwonce pełzakowej. Najchętniej stosuje się go w głębokich lewatywach w roztworze 1—3%. Niemniej dobre wyniki osiąga się przy doustnem podawaniu środka tego w pigułkach po 0,25, kilka razy dziennie w ciągu kilku tygodni. Po każdym tygodniu stosowania należy zrobić tygodniową przerwę.

Wyliczone środki stanowią t. zw. leczenie swoiste czerwonki pełzakowej. Jasnem jest, że oprócz tego muszą być stosowane różne inne środki jako leczenie objawowe oraz dieta.

Kończąc artykuł wyrażam na tem miejscu uprzejme podziękowanie P. P. Prof. Stefańskiemu, Doc. Anigsteinowi i Dr. Obitzowi za zajęcie się naszym przypadkiem i dokonane badania. Panu Dr. Raszkesowi składam podziękowanie za ładnie wykonane mikrofotografje.

*Piśmiennictwo:*

1) A n z o l a H. C u l i d e s, G o d a r d P.: Arch. des mal. de l'app. dig. Nr. 9. 1931. — 2) B e n s a u d e R., C a i n A., T e r r i a l G.: Arch. des mal. de l'app. dig. Nr. 3. 1930. — 3) B r a u n i S e i f e r t: Die tierischen Parasiten des Menschen. Würzburg. 1908. — 4) C r a i g F. Ch.: A manual of the parasitic protozoa of man. Philadelphia. London. 1926. — 5) D e s c h i e n s R.: Presse médic. Nr. 36. 1931. — 6) D o b e l l i O'C o n n o r: The intestinal protozoa of man. London 1921. — 7) D o p t e r: La dysenterie amibienne. Nouveau Traité de Médec. fasc. III. 1921. — 8) F i s c h e r: Berl. Kl. Wochen. Nr. 1. 1920. — 9) F i s c h e r: Deut. Med. Woch. Nr. 36. 1929. — 10) G l u z i ń s k i A.: Przegląd lekarski z dn. 23 czerwca 1917. — 11) J ü r g e n s G.: Dysenterie in K r a u s u. B r u g s c h Spez. Pathol. u. Ther. innerer Krankh. T. II. cz. I. Berlin, Wien 1919. — 12) L a b b é, N e p v e u x, N i c h i t a: Arch. des mal. de l'app. dig. T. IV. 1931. — 13) L a b b é M.: Presse médic. Nr. 59. 1930. — 14) L o e h l e i n M.: Mediz. Klinik. Nr. 30. 1917. — 15) K a r t u l i s S.: Virch. Arch. T. 105. 1886. — 16) M a t t h e s: Uczebnik diferencjalnoj djagnostiki wnutrennich boleznej. Berlin 1924. — 17) O u r y P. G o d a r d P.: Presse médic. Nr. 18. 1931. — 18) P o p p e r H.: Wien. Klin. Woch. Nr. 45. 1917. — 19) R a v a u t i K r o l u n i t z k i: Presse médic. Nr. 26. 1916. — 20) S c h m i d t A.: Klinik der Darmkrankheiten. München, Wiesbaden. 1921. — 21) S t e f a n o w s k i A.: O roli chorobotwórczej pierwotniaków w powstawaniu zaburzeń jelitowych. Zbiór prac z zakresu patologji ludzkiej. T. I. 1923. — 22) W a d d e l l, B a n k s, W a t s o n, K i n g: The Lancet. 21. VII. 1917. — 23) W e n y o n M.: Protozology. London 1926.

Carnot, Libert i Poublan cytowani w/g. Nepveux. Mathews, Turner, Sellards, Batjer, Maxwell, Rogers, Warthin, Kofoid, Armitage w/g Craiga. Brown i Stitt w/g Fischera. Davaine w/g Stefanowskiego.

---

## PRACE ORYGINALNE.

Dr. A. MESTER. Kraków.

### Wczesne przedmiotowe objawy przewlekłego gośćca (reumatyzmu) stawowego.

Z I. Kliniki Chorób Wewnętrznych U. J.
Dyrektor: Prof. Dr. T. T e m p k a.

Możność rozpoznania przewlekłego gośćca stawowego w całkiem wczesnym okresie ma duże znaczenie, gdyż umożliwia ono wczesne zastosowanie odpowiedniego leczenia, co wpływa na lepsze rokowanie. Następnie przez określenie na podstawie przedmiotowych danych, postaci przewlekłego gośćca stawowego — czy pierwotny, czy też wtórny gościec stawowy — ustalamy odpowiednie rokowanie i rozpoczynamy właściwe leczenie. Dane przedmiotowe pozwalają nam również na przeprowadzenie rozpoznania różniczkowego pomiędzy pierwotnym przewlekłym gośćcem stawowym, a dną, co niejednokrotnie nastręcza bardzo poważne trudności — a co jest sprawą pierwszorzędnej wagi.

Wczesne przedmiotowe rozpoznanie przewlekłego gośćca stawowego ma znaczenie nietylko dla chorego, ale i dla instytucyj ubezpieczeniowych, np. Kas chorych, gdzie wyłania się wogóle zasadnicze pytanie, czy choremu skarżącemu się na bóle, należy dać wiarę. Toć wiadomo, że symulanci, zdając sobie sprawę z niemożności przedmiotowego ujęcia bólu jako takiego, — a który to objaw bólu jest podstawą dla rozpoznania sprawy chorobowej gośćcowej, najczęściej symulują chorobę gośćcową. Z drugiej strony zdarza się częstokroć, że chory zgłasza się do lekarza ze skargami na bóle, a ten biorąc sprawę za jakowąś banalną „reumatyczną" — bez bliższego określenia rodzaju schorzenia gośćcowego, nie podejmuje odpowiedniego leczenia. Dopiero z chwilą pojawienia się zniekształceń, a więc w okresie późnym, przekonuje się, z jaką sprawą gośćcową ma do czynienia. W celu możliwie wczesnego poznania, czy istnieje przewlekły gościec stawowy i jaka jest jego postać — należy u chorych z dolegliwościami gośćcowemi badanie przeprowadzić tak, — by poza zwykłem fizycznem badaniem internistycznem, przejść do dokładnego i systematycznego zbadania narządu ruchu. Poza dokładnem oglądaniem, obmacywaniem stawów i ich okolic, tudzież kośćca, badaniem ruchomości stawów czynnej i biernej, osłuchiwaniem stawów — należy s z u k a ć cech przedmiotowych, i to w przypadkach wczesnych t. j. przed pojawieniem się zniekształceń, spowodowanych czyto procesami zanikowemi, czyto przerostowemi. Przedmiotowych cech przewlekłego gośćca stawowego szukać należy w miejscach i okolicach, które tu wymienię. Porządek i cechy, które podam poniżej, są zestawione według ich częstości i ważności. Okolica stawu łokciowego jest często siedliskiem całkiem wczesnych zmian; należą tu przedewszystkiem g u z k i g o ś ć c o w e. Są one usadowione na tylnej powierzchni stawu łokciowego na i powyżej wyrostka łokciowego, pod skórą na ścięgnie m. trójgłowego. Leżą one jużto pojedyńczo, jużto w grupach po 10—20 i więcej. Są one rozmaitej wielkości — od wielkości główki od szpilki do wielkości groszku zielonego, twarde; dzięki tej twardości można je wyczuć mimo małych rozmiarów. Są one słabo przesuwalne na podstawie, niezrośnięte ze skórą, mniej lub więcej ruchome, zależnie od długości szypuły. Często dają bóle samoistne, z zasady są na ucisk bolesne. Bolesność nasila się w okresach zaostrzenia sprawy chorobowej, zwłaszcza gdy sprawa zapalna toczy się w danym stawie łokciowym.

Guzki gośćcowe przedstawiają się przy oglądaniu gołem okiem jako twory brodawczakowate, czasami uszypułowane, barwy żywoczerwonej, aż do czerwono-sinej, są twarde, usadowione na ścięgnie m. trójgłowego względnie głębiej na tylnej ścianie torebki stawowej. Mikroskopowo mają budowę t. zw. „guzków ścięgnistych" — „*Sehnenknötchen*" opisanych przez G r ä f f a (1).

Guzki te przez zlanie się większej ich liczby, mogą swym ciężarem wyciągnąć tkankę podskórną i utworzyć charakterystyczną torebkę na, względnie nieco poniżej wyrostka łokciowego. Można

wtedy wyczuć w torebce poszczególne guzki, rzadziej pojedyncze, częściej szereg zlanych guzków. Torebka ta wypełniona guzkami jest zwykle łatwo już dostrzegalna, wystrzegać się tylko należy pomieszania tych tworów z guzkami dnawemi. Odróżnić je zwykle łatwo zapomocą dokładnego obmacania, w wątpliwych jednak przypadkach należy dokonać nakłucia wzgl. wyłuszczenia z następowem badaniem chemicznem względnie histologicznem. Guzki te przez swoją twardość mogą przez dłuższy ucisk na tylny brzeg kości łokciowej wywołać ograniczone bujanie okostnej, dające się wyczuć poniżej stawu łokciowego. Te bujania okostnej nie dają zwykle samoistnych bólów, są też na ucisk mało bolesne — co najwyżej przy wspieraniu się na łokciu mogą wywoływać niemiłe uczucie ucisku i przeszkadzać mechanicznie. Guzki te oglądaniem niedostrzegalne, lecz dostępne obmacywaniu jako pojedyncze lub zlane na ścięgnie m. trójgłowego, lub dostrzegalne, po wytworzeniu zwisającej torebki — są zwykle symetryczne. Wtedy są zazwyczaj nierównej wielkości, mogą jednak występować tylko jednostronnie. Czas trwania guzków gośćcowych bywa rozmaity — mogą się one cofać samoistnie, czy też pod wpływem leczenia, lecz zwykle pojawiają się znów po jakimś czasie i potem pozostają na stałe. Nierzadko też można napotykać guzki gośćcowe w postaci licznych rozsianych guzków wzdłuż przedniej powierzchni kości piszczelowej, tutaj są one małe, nie przekraczają wielkości ziarna prosa, twarde, przesuwalne na podstawie, niezrośnięte ze skórą, ruchome. Rzadko dają samoistne bóle, natomiast na ucisk są bolesne. Obok tego można napotkać odosobnione guzki gośćcowe na ścięgnach zginaczy kończyn górnych; — są one pojedyncze, o cechach tych samych, co guzki na kości piszczelowej, lecz nieprzesuwalne na podstawie, zrosłe z otoczką ścięgna, skutkiem tego w czasie skurczu danego mięśnia wykonują z nim odpowiednie ruchy. Czasami spotyka się około guzków gośćcowych ograniczony wysięk w otoczce ścięgnistej, częściej symetrycznie, aniżeli jednostronnie. Guzki gośćcowe napotykamy w około 70% przypadków przewlekłego gośćca stawowego.

Drugim wczesnym przedmiotowym objawem w przewlekłym pierwotnym postępującym gośćcu stawowym jest p o w i ę k s z e n i e g r u c z o ł ó w c h ł o n n y c h. Spotyka się je nieco częściej, aniżeli guzki gośćcowe; zwykle napotykamy jedne i drugie równocześnie. Powiększone gruczoły chłonne znajdują się w rowku mięśnia dwugłowego *(sulcus bicipitalis int.)*, tuż powyżej stawu łokciowego; mogą one być pojedyncze, lub kilka pojedynczych, ew. zlane w pakiety, zajmując przestrzeń od stawu łokciowego aż do dolnej połowy rowka *(sulc. bicip. int.)*. Gruczoły chłonne są wielkości ziarna grochu do wielkości śliwki, twarde, przesuwalne na podstawie, niezrośnięte ze skórą, czasami dają samoistne bóle, n a u c i s k s ą b a r d z o b o l e s n e. Znaczną bolesność uciskową podnoszę wbrew twierdzeniu F r e u n d a (2) jakoby były niebolesne. Ta bolesność uciskowa odróżnia je od kiłowych lub innych powiększeń, bez bliżej określonego tła. Występują bądźto symetrycznie, bądźto jednostronnie. W czasie zaostrzenia sprawy chorobowej, niezależnie od zajętego stawu, te gruczoły chłonne są bardziej bolesne, większe i twardsze. Gołemu oku przedstawiają się następująco: wielkości jak wyżej, spoistości twardszej, gładkie na przekroju, barwy szaro-żółtawej, mało wilgotne, o budowie zatartej. W razie zajęcia stawu nadgarstkowego w przebiegu pierwotnego przewlekłego gośćca stawowego daje się czasami wyczuć mały gruczoł chłonny w rowku t. sprychowej *(sulcus art. radialis)*, nazewnątrz od tętnicy sprychowej, tuż ponad stawem nadgarstkowym. Jest on zwykle wielkości groszku zielonego, okrągły, twardy, nieprzesuwalny na podstawie, niezrośnięty ze skórą, bolesny, a znajduje go się na jednej stronie. W ostrych okresach pierwotnego przewlekłego postępującego gośćca stawowego napotyka się czasami przejściowe powiększenie gruczołu chłonnego w którymkolwiek międzyżebrzu na przedniej powierzchni klatki piersiowej. Mogą one osiągnąć wielkość śliwki, są okrągłe, przesuwalne na podstawie, niezrośnięte ze skórą, dają samoistne bóle, są bardzo bolesne na ucisk. Często znikają po kilku dniach wraz z poprawą stanu chorobowego. Powiększenie gruczołów chłonnych napotykałem w 80% przypadków pierwotnego przewlekłego gośćca stawowego. Stwierdzenie guzków gośćcowych, jako też i powiększonych gruczołów chłonnych ma również duże znaczenie w rozpoznaniu różniczkowem, gdyż występują tylko w pierwotnym przewlekłym postępującym gośćcu stawowym, a nie występują ani we wtórnym przewlekłym gośćcu stawowym, ani w *osteoarthrosis*, ani też w dnie. Posługując się temi objawami, możemy stwierdzić, czy chodzi o pierwotny przewlekły postępujący gościec stawowy w ostrym okresie, czy też o ostry gościec stawowy o przebiegu podostrym. Zmiany te w postaci guzków gośćcowych i powiększenia gruczołów chłonnych spotykamy jako całkiem wczesne objawy pierwotnego przewlekłego gośćca stawowego i przypisać im należy duże znaczenie nietylko rozpoznawcze, ale i etjopatogenetyczne (jak tego przykładem powiększenie gruczołów chłonnych w chorobie S t i l l'a).

Następnym zkolei ważnym wczesnym objawem istnienia przewlekłego gośćca stawowego jest k a m p t o d a k t y l j a. Opisał ją L a n d o u z y (3); polega ona na stałem zgięciu jednego lub kilku palców rąk, zwykle V, ew. IV i III w stawie między członkiem pierwszym a drugim. L a n d o u z y uważa za przyczynę stwardnienie tkanki łącznej włóknistej okołostawowej. Kamptodaktylję spotykamy zwykle symetrycznie, rzadziej jednostronnie. Wytwarza się ona zupełnie niepostrzeżenie, bezboleśnie tak, że niektórzy chorzy w wieku 20—30 lat ze zdumieniem się dowiadywali, że jest to nieprawidłowością. Chorzy podają zwykle, że zgięcie to w małych palcach w stawie między I. a II. członkiem istnieje od urodzenia, jednak dokładne dane z wywiadów wskazują, że sprawa ta wytwarza się dopiero w latach młodzieńczych. Bardzo często kamptodaktylja zachodzi w najbliższej rodzinie chorego np. u któregoś z rodziców lub rodzeństwa. Kamptodaktylja samoistnie nie daje bólów, jest też niebolesna na ucisk, ani przy ruchach, które są w stawie ograniczone. P o n c e t (4) uważa kamptodaktylję za cechę gośćca gruźliczego, lecz sam podaje, że spostrzegał ją w gruźlicy bardzo lekkiej *„chez les tuberculeux à minima"*. Powołuje się na pracę H o r a n d a, według której 40% chorych na gruźlicę miało kamptodaktylję. Według P o n c e t'a (4) kamptodaktylja V palca i przykurczenie D u p u y t r e n a są w 90% znamionami gruźlicy włóknistej. Naszem zdaniem kamptodaktylja jest ważnym, bardzo wczesnym przedmiotowym objawem przewlekłego gośćca stawowego, wskazującym na ustrojowe podłoże do sprawy gośćcowej. Nie umniejsza znaczenia tego objawu fakt, że spotyka się kamptodaktylję także u gruźliczych, zwłaszcza że sprawa gruźlicza przebiega u tych osób łagodnie. U tych to osób spotykamy się bardzo często ze skargami na bóle gośćcowe. Mamy tu pomost pomiędzy przewlekłym gośćcem stawowym i udziałem w nim zakażenia gruźliczego. Kamptodaktylję spotykałem w 30% przypadków przewlekłych gośćców stawowych. Podobnie, lecz znacznie rzadziej napotyka się zaciągnięcie rozcięgna dłoniowego *(aponeurosis palmaris)*, jako mniej lub więcej wykształcone przykurczenie D u p u y t r e n'a. Stwierdzenie u chorego skarżącego się na bóle gośćcowe, kamptodaktylji czy też przykurczenia Dupuytren'a, sprowadza rozpoznanie na właściwe tory t. j. na istnienie przewlekłej sprawy gośćcowej. Kamptodaktylję spotyka się najczęściej w pierwotnym postępującym, znacznie rzadziej w wtórnym przewlekłym gośćcu stawowym, w *osteoarthrosis*, nie spotyka się jej natomiast w dnie. Ważnym objawem rozpoznawczym jest stwierdzenie d e l i k a t n y c h t r z e s z c z e ń w s t a w a c h p a l u c h a u n o g i, w jednym lub obu. Trzeszczenia tego, występującego m i e d z y I a II c z ł o n k i e m zwykle chorzy nie spostrzegają w przeciwieństwie do trzeszczeń w dużych stawach. Z wywiadów u chorych inteligentnych, spostrzegawczych, mogłem stwierdzić, iż u nich trzeszczenie to wystąpiło jako jeden z pierwszych objawów. Występuje on przy ruchach zginania i wyprostowywania w stawie, napotyka się w 60% przyp. przewlekłego gośćca stawowego.

Obok tych delikatnych trzeszczeń w stawie między I. a II. członkiem palucha istnieją t r z e s z c z e n i a w s t a w i e ś r ó d s t o p n o p a l c o w y m p a l u c h a. Są one grubsze, czasami nawet całkiem grube, występują w okresach późniejszych, jako wyraz mniej lub więcej znacznych zniszczeń powierzchni chrząstki stawowej. Gdy delikatne trzeszczenia w stawie między I a II członkiem palucha spotykamy w pierwotnym przewlekłym postępującym gośćcu stawowym, to grube trzeszczenia w stawie śródstopnopalcowym palucha występują również i w dnie, wtedy nawet częściej. Osoby z delikatnemi trzeszczeniami w stawie śródstopnopalcowym palucha, mają postacie pierwotnego przewlekłego postępującego gośćca stawowego ciężkie z zniekształceniami, lub lekkie bez zniekształceń, jednak istnienie tych trzeszczeń wskazuje niewątpliwie na obecność przewlekłej sprawy gośćcowej.

Przechodzę teraz do omówienia grupy wyrośli kostnych *(exostoses)*, które okazują dużą polimorfję i mają bardzo rozmaitą siedzibę. Tu należą tak wyrośle ostro odgraniczone jako też i rozlane. Taką w y r o ś l r o z l a n ą na przestrzeni kilku do kilkunastu cm spotyka się w okolicy łokcia na tylnym brzegu kości łokciowej, poniżej stawu łokciowego. Przedstawia się ona jako zgrubienie i zaokrąglenie kości. Skóra ponad wyroślą jest często zmieniona barwikowo w postaci przebarwienia, i jakościowo w postaci stwardnienia. Bardzo często spotykamy jako wczesny objaw przewlekłego gośćca stawowego z g r u b i e n i e w s t a w i e m o s t k o w o - o b o j c z y k o w y m, zwykle jednostronnie. Zgrubienie to może być wielkości orzecha włoskiego, bywa twarde jak kość, nieprzesuwalne na podstawie, skóra nad niem jest dobrze przesuwalna. Wyrośl kostna w stawie mostkowo-obojczykowym daje samoistne bóle, zwłaszcza w nocy, jest też bolesna na ucisk; jest ona charakterystyczna dla pierwotnego przewlekłego postępującego gośćca stawowego, napotyka się ją jednak też w prze-

wlekłych reumatoidach: wiewiórowym, rzadziej gruźliczym. Zkolei spotykamy następujące wyrośle kostne: guzki Heberdena, u podstawy III członka palców rąk (rzadziej nóg), często liczne, symetryczne lub nie. Skóra może być nad niemi zaczerwieniona lub niezmieniona; dają one czasami, lecz rzadko, samoistne bóle, na ucisk są zwykle niebolesne. Występują w pierwotnym przewlekłym postępującym gośćcu stawowym, w *osteoarthrosis*, i w dnie — tudzież po przekwitaniu. Często i wcześnie występuje w przewlekłym pierwotnym gośćcu stawowym zgrubienie u podstawy II i III kości śródręcza. Zgrubienie to o kształcie kulistym, bywa wielkości ziarna grochu do orzecha włoskiego; skóra nad niem bywa niezmieniona i dobrze przesuwalna, nie daje samoistnych bólów i jest na ucisk również niebolesna; sprawa ta występuje częściej jednostronnie, rzadziej symetrycznie. Zgrubienia te spotykamy również, lecz rzadziej we wtórnym przewlekłym gośćcu stawowym, a najrzadziej w dnie. Natomiast guzki Bonchard'a występujące na I. członku palców — spotykałem bardzo rzadko w gośćcu przewlekłym. Następnie wymienię tu wyrośle kostne na kości śródstopia V w okolicy jej guza *(tuberositas)*. Zwykle są symetryczne, podobnie i wyrośle na kości łódkowatej stopy *(os naviculare)* również w okolicy jej guza *(tuberositas)*. Wyrośle te są zwykle niebolesne na ucisk i nie dają samoistnych bólów, występują nietylko w pierwszym przewlekłym postępującym gośćcu stawowym, lecz również w przewlekłych reumatoidach np. wiewiórowym. Częstym wczesnym objawem jest trzeszczenie karku przy ruchach głową. Z rzadziej przeze mnie spotykanych podać muszę zaczerwienienie skóry w okolicy kłębu palca wielkiego i małego *(thenar i hypothenar)*, jako też i pasmowate przebarwienie na grzbietnej powierzchni palców rąk nad ostatnim członkiem tuż pod paznokciami. Do późniejszych objawów należą *„glossy skin"* lub zbite stwardnienia łącznotkankowe, w mięśniach kończyn górnych zwykle w m. dwugłowym i przyśrodkowej głowie m. trójgłowego. Te wyżej podane przedmiotowe dane mogą wystąpić pojedyńczo lub w kombinacji po dwa i wiecej objawów razem, w częstej kombinacji występują np. guzki gośćcowe w okolicy wyrostka łokciowego i gruczoły chłonne w rowku przyśrodkowym mięśnia dwugłowego *(sulcus bicip. int.)*. Obecność guzków gośćcowych, powiększonych gruczołów chłonnych i delikatnych trzeszczeń w stawie palucha jest najważniejszym przedmiotowym objawem pierwotnego przewlekłego gośćca stawowego. Jak widzimy, najwięcej przedmiotowych danych mamy w pierwotnym przewlekłym postępującym gośćcu stawowym. Wczesne stwierdzenie *osteoarthrosis* zwykle nie sprawia większych trudności. Ważnym objawem istnienia dny jest poza guzami dnawemi, bolesność uciskowa ścięgna Achillesa w okolicy przyczepu do kości piętowej, pochodzić ona może od impregnowania ścięgna solami moczanowemi, lub od odkładania się ich w torebce maziowej podścięgnistej.

Tak więc dokładne kliniczne badanie chorego na gościec pozwala w większości przypadków na właściwe rozpoznanie, następnie dopiero wchodzą w rachubę badania pomocnicze, jak badanie promieniami Roentgena, badanie krwi i t. d.

Badanie kliniczne umożliwia nam całkiem wczesne rozpoznanie rodzaju przewlekłej sprawy gośćcowej, a wczesne rozpoznanie jest pierwszą zdobyczą leczniczą.

*Piśmiennictwo:*

1) Gräff: Rheumaprobleme B. I. i II. 1929 i 1931. G. Thiene. — 2) E. Freund: Gelenkerkrankungen 1929. Urban u. Schwarzenberg. — 3) Landouzy: Presse Médicale 21. Avril 1906. — 4) Poncet et Leriche :Le rhumatisme tuberculeux. Octave Doin et fils 1909. — Poncet et Leriche: La tuberculose inflammatoire. Octave Doin et fils 1912.

---

Dr. H. KRYSZEK i Dr. P. WOŁOŻYŃSKA. Łódź.

## Wpływ wyłuszczenia migdałków podniebiennych na schorzenia sercowe i stawowe [1]).

Z oddziału wewnętrznego Szpit. fund. Małż. Poznańskich.
Ordynator: Dr. Seweryn Sterling.

W leczeniu gośćca stawowego ostrego i przewlekłego, powikłanego schorzeniem serca, obok stosowanych (Strücker 1876 r.) kwasu salicylowego i proteinoterapji, usuwanie migdałków podniebiennych posiada już od wielu lat znaczenie lecznicze (Pässler 1901 r. i Gürich 1904), rolę których to migdałków dla powstawania chorób septycznych podnieśli ostatnio wymienieni autorowie. W r. 1896 w „Kronice Lekarskiej" pisał już Sterling „o zapaleniu gardzieli i ostrym gośćcu stawowym".

Odpowiednie prace zmierzały odtąd w czterech kierunkach: 1) oceny czynności fizjologicznej migdałków, 2) badań anatomopatologicznych, 3) badań bakterjologicznych i 4) badań biologicznych.

Prace te nie rozwiązały dotąd wszystkich zagadnień, ustaliły jednak pewne fakty, na podstawie których klinika w ocenie celowości operacyjnego usunięcia migdałków opiera się obecnie.

Ustalonem zostało, że migdałki i reszta limfadenoidalnej tkanki gardzieli nie posiada doprowadzających naczyń (Schlemer); istnieją jedynie odprowadzające (odśrodkowe) limfę do górnej grupy gruczołów jarzmowych. Wniosek dla kliniki — migdałki nie odgrywają roli gruczołów limfatycznych; wchodzą natomiast tem bardziej w rachubę, jako ogniska zakażenia.

Badania anatomo-patologiczne posunęły sprawę o tyle, że Dietrich stwierdził, iż każde schorzenie migdałkowe rozpoczyna się powierzchownym ubytkiem nabłonka, „ogniskiem pierwotnem". Dietrich odróżnia zależnie od głębokości ubytku postać kataralną, wrzodziejącą, martwiczą i zgorzelinową. Jako cechę przewlekłego zapalenia migdałków podaje obok kryterjów restytucji i reparacji, stałe podtrzymywany stan podrażnieniowy. Pomimo to uważa Dietrich, że brak do dziś dnia możliwości ścisłego rozpoznania przewlekłego zapalenia migdałków, gdyż żadna poszczególna cecha morfologiczna nie może być dla rozpoznania miarodajna. Decyduje zespół zmian, przyczem cechy kliniczne odgrywają w zespole tym pierwszorzędne znaczenie. Nie pomogą w tym przypadku badania skrawków anat.-patolog., gdyż migdałek zwłaszcza w głębi może być w jednych odcinkach schorzały, w innych — wykazywać normalną budowę.

Skubiszewski w dużej ilości badanych mikroskopowo migdałków stwierdzał ziarniniaki gośćcowe w tkance grubo-włóknistej, w t. zw. torebce migdałkowej, nigdy natomiast w obrębie samego migdałka.

Badania bakterjologiczne również nie przyczyniły się do wyjaśnienia zagadnienia, jak dalece znajdywane na migdałkach drobnoustroje mają zdolności chorobotwórcze. Jedno wydaje się być pewnikiem (Anthon i Kuczyński), że na powierzchni zdrowych migdałków niema paciorkowców hemolitycznych; częste są natomiast pac. zieleniejące, pał. zapalenia płuc (Friedländer), ziarenkowce nieżytowe i inne. Zresztą, wpływ warunków kulturalnych, a więc higjena jamy ustnej, rodzaj odżywienia, nałogi, jak np. palenie mają wpływ na rodzaj flory bakteryjnej.

Stwierdzenie zatem zarazków na migdałkach nie świadczy o chorobotwórczości tych zarazków; co ważniejsze, stwierdzenie drobnoustrojów w przypadkach angin nie świadczy jeszcze o ich chorobotwórczości. Poza możliwością wywołania anginy przez stwierdzane zarazki istnieje możliwość, że angina jest nieznanego pochodzenia, drobnoustroje zaś są tylko przygodne, oraz inna możliwość, że angina jest tylko wyrazem ogólnej infekcji — „anginoza". O ile zaś idzie o wpływ paciorkowców na zakażenie gośćcowe, to możliwa jest mutacja drobnoustrojów (Bauer).

Próby biologiczne sprowadzają się do tego, by dowieść, czy stwierdzony na migdałkach zarazek, najczęściej paciorkowiec, jest tym zarazkiem, który wywołuje schorzenie ogólne organizmu. Fagocytoza, jako wyraz swoistych sił obronnych organizmu wobec wtargnięcia drobnoustrojów miała być tego sprawdzianem. Bürgers i Wolfheim postawili sobie właśnie za zadanie określanie wskaźnika odsetkowego, t. zw. liczby żernej (jest to ilość leukocytów fagocytujących zarazki wyhodowane z nalotów, obliczona na 100 leukocytów). Z wielkości wskaźnika wnioskują, czy istnieje związek pomiędzy schorzeniem migdałków a schorzeniem ogólnem ustroju.

Z tego zestawienia widzimy, że dla oceny znaczenia ogniskowego zakażenia migdałkowego dla schorzeń reumatyczno-sercowych decydujący jest przebieg kliniczny. Stwierdzając w ciągu lat pięciu na oddziale wewnętrznym Sterlinga w Szpitalu im. Małż. Poznańskich w Łodzi 210 przypadków i dokonawszy wyłuszczenia migdałków (ordynator oddziału laryngologicznego Dr. D. Rabinowicz) w 140 przypadkach — doszliśmy do przekonania, że uprawnieni jesteśmy do wyłuszczenia migdałków w przypadkach, w których stwierdzamy następujące cechy:

1) W wywiadach — często przebyte anginy, w związku z któremi występowały stany zapalne w stawach z zajęciem lub bez zajęcia wsierdzia względnie osierdzia;

2) dreszcze w przebiegu anginy, występujące w 3 lub 4 dniu anginy; dreszcze w pierwszych dwóch dniach anginy należą do zjawisk pospolitych tego schorzenia;

3) obecność czopów miękkich, papkowatych, zawierających dużą ilość leukocytów w odróżnieniu od czopów, zawierających

---

[1]) Według odczytu wygłoszonego na IX. Zjeździe Internistów w Krakowie w 1931 r.

masy cholesteatomowe. Hajek ostrzega wprawdzie przed przecenianiem znaczenia czopów;

4) obecność gruczołów podszczękowych i karkowych, zwłaszcza, gdy stają się one bolesne i powiększają się po każdej przebytej anginie;

5) występowanie bólów szyi i głowy — myalgja Hallego;

6) nasilanie się objawów ogólnych (bóle stawowe, zwiększona ilość białka i krwinek w moczu, powiększona ciepłota) po próbach rozpoznawczych wyciskania zawartości z migdałków;

7) trwające stany gorączkowe, których dostatecznego wytłumaczenia nie znajdowaliśmy w zapalnym stanie stawów i błony sercowej.

Stawiając wskazanie do wyłuszczenia migdałków zdawaliśmy sobie sprawę, że migdałki są tylko częścią aparatu chłonnego gardzieli, przez który drobnoustroje przedostawać się mogą do ustroju, nie mówiąc już o śluzówce górnych dróg oddechowych. Migdałki są jednak, obok zębów, jak wykazuje doświadczenie, najczęstszemi wrotami zakażenia i łatwo dostępnemi do usunięcia. Zdawaliśmy sobie również sprawę z tego, że w przypadkach, w których wyłuszczenie następowało nie dla celów zapobiegawczych, a dla celów leczniczych, możliwem, a co więcej, prawdopodobnem jest, że podtrzymującem stan zapalny stało się już ognisko głębiej tkwiące w organiźmie, a niedostępne dla leczenia, a więc przedewszystkiem zastawki wsierdzia. Z tych właśnie względów Schottmüller z dużem zastrzeżeniem odnosi się do usuwania migdałków. Z drugiej jednak strony wiemy obecnie, a Bauer jest tego poglądu wyznawcą, że zakażenie reumatyczne jest wynikiem zesumowania się dwóch czynników: czynnika zakaźnego i ustrojowego. Wiemy, że pierwotny pogląd na to, że z migdałków, jako źródła ogniskowego zakażenia, przedostają się drobnoustroje względnie toksyny do ustroju, nie wystarcza. Moment ustrojowy, sensybilizacja ustroju odgrywać tu musi również rolę. W organiźmie reumatycznym występuje przestrojenie organizmu: alergja — potrzebna do tego, by toksyny nań zadziałać mogły. Badania Dietricha wykazały, że przez alergiczne przestrojenie organizmu można wywołać zmiany śródbłonka naczyniowego, które mogą mieć znaczenie nawet dla pojmowania obrazu *endocarditis lenta*. Badania Klingego i Weintrauda wykazały, że u anafilaktycznych zwierząt można wywołać guzki, które histologicznie zbliżone są do reumatycznych guzków Aschoffa. Anafilaksja powstawać ma na tle uczulenia ustroju przez stałe przenikanie z migdałków, w których toczą się przewlekłe sprawy zapalne, substancyj białkowych. Wyłuszczenie więc schorzałych migdałków oznacza nietylko chirurgiczne usunięcie jednego ze źródeł zakażenia, lecz i możliwość przyczynienia się do zmiany alergji reumatycznego osobnika. Niektóre kliniczne spostrzeżenia, poczynione i przez nas, nasuwają możliwość przyjęcia tego mechanizmu w przypadkach, w których po długich miesiącach trwania stanów gorączkowych tor gorączkowy wracał do normy nie bezpośrednio po wyłuszczeniu, lecz po dłuższym dopiero czasie (2—3 tygodnie).

Zdawaliśmy sobie również sprawę i z tego, że w przypadkach podostrych i ostrych spraw chorobowych, toczących się w stawach, w sercu i w nerkach pod wpływem zakażenia reumatycznego sam przebieg wyłuszczenia migdałków, działając poniekąd jako proteinoterapja z jednej strony, i umożliwiając zarazkom wtargnięcie przez większą powierzchnię operacyjną do organizmu — z drugiej strony, spowodować może zaostrzenie sprawy chorobowej. Częściowe nasilanie objawów spostrzegaliśmy w ośmiu przypadkach przewlekłych i w dwóch ostrych, które jednak szybko ustępowały. W jednym przypadku chorej E. R. lat 30, która przez wiele lat cierpiała na podgorączkowe stany z przelotnemi bólami w stawach i mięśniach oraz przewlekłym stanem zapalnym pęcherzyka żółciowego, bezpośrednio po wyłuszczeniu migdałków wystąpiły objawy ostrego ciężkiego gośćca stawowego, przebiegającego z wysoką ciepłotą w ciągu 4 tygodni. Przypadki takie były jednocześnie dowodem — *ex juvantibus* — że właśnie w migdałkach tkwiło ognisko zakaźne.

Nasz materjał szpitalny obejmuje 210 przypadków, z których w 140 dokonano wyłuszczenia migdałków. Jako przyczynek do zagadnienia celowości usuwania migdałków, nawet w zestawieniu z 70 przypadkami leczonemi konserwatywnie — statystyka niezbyt wielka. W naszem ujęciu nie absolutna ilość przypadków jest ważna, lecz wartość poszczególnych spostrzeżeń klinicznych, zesumowana jedynie ze względów dydaktycznych.

Grupa pierwsza obejmuje 44 przypadków często nawracających angin, niekiedy powikłanych przez ropnie migdałkowe. Już w grupie tej odróżniamy trzy podgrupy: pierwszą obejmującą 25 przypadków często nawracających angin bez powikłań — przeciętny wiek chorych od lat 15 do 30. W tych przypadkach wskazania do zabiegu były często zapobiegawcze; stanowi ono domenę laryngologów. W drugiej podgrupie obejmującej 11 przypadków, często nawracającym anginom towarzyszyły bóle w stawach przeważnie dużych i mięśniach, przeważnie wyprostnych ud, bez objawów przedmiotowych; występowały też zaburzenia czynnościowe serca, jak przyśpieszenie tętna, palpitacje serca, niekiedy nadskurcze; w wielomiesięcznych przerwach pomiędzy kolejno występującemi po sobie anginami trwały stany podgorączkowe. W tych przypadkach, którym już towarzyszył odczyn ustrojowy — odpowiadałby one mogły przypadkom Jegorowa, określanym przez niego *„tonsillitis lenta"* — wyłuszczenie migdałków mogłoby poza znaczeniem zapobiegawczem mieć i wpływ leczniczy, co sprawdziło się jednak tylko w nieznacznym odsetku przypadków.

Druga grupa przypadków obejmuje 81 przypadków ostrych gośćców stawowych, powstałych po anginie, z których 50 przypadków powikłanych było wadą zastawkową. W przypadkach z zapaleniem wsierdzia dokonaliśmy w 23 przypadkach wyłuszczenia migdałków, w 27 przypadkach wyłuszczenia nie dokonaliśmy. Wyłuszczenia dokonaliśmy w okresie bezgorączkowym w 3 do 4 tygodni po ustąpieniu objawów zapalnych. Stan statyczny wady zastawkowej nie zmienił się w czasie obserwacji. Jako przykład służyć może przypadek chorego J. G., obecnie słuchacza medycyny, któremu w 1924 r. dokonano wyłuszczenia migdałków w Wiedniu z polecenia Wenkenbacha. Wówczas stwierdzono *nephritis posttonsillaris* i skombinowaną wadę serca — niedomykalność zastawek półksiężycowatych tętnicy głównej, niedomykalność i zwężenie zastawki dwudzielnej. Do czasu wyłuszczenia pięciokrotne nawroty gośćca stawowego; od czasu wyłuszczenia brak nawrotu. Wada serca, w której współistnienie zwężenia zastawki dwudzielnej kompensuje poniekąd szkodliwości wyrządzane lewej komorze przez niedomykalność zastawek tętnicy głównej, w stanie nieczynnym, choć ciśnienie tętna z 115/30 doszło w ciągu lat ośmiu do 130/0. Jako drugi przykład z omawianego materjału szpitalnego, choć o krótszym czasie obserwacji, służyć może przypadek chorej E. P. lat 36 L. szpit. 1884. Skierowana do szpitala celem wyłuszczenia migdałków podniebiennych. W wywiadach częste anginy, sześciokrotne nawroty ostrego gośćca stawowego; ostatni nawrot przed trzema miesiącami. Stwierdza się zaczerwienienie gardzieli, migdałki małe; w sercu objawy niedomykalności i zwężenia zastawki dwudzielnej, w stawach brak zmian patologicznych; tętno 96, ciepłota 37°. OB — 92'. Dokonano wyłuszczenia migdałków w począt. roku 1928 — dotąd brak nawrotu gośćca stawowego.

Podkreślamy, że w części tych przypadków wyłuszczone migdałki były niewielkie i dopiero ropnie, blizny i trudność odseparowania zrostów wskazywały na przebyte schorzenia. W przypadkach niewyłuszczenia migdałków dalszy przebieg był mniej pomyślny. Brak nawrotu obserwowaliśmy w 6 przypadkach, występowanie nawrotów w 9 przypadkach, pogorszenie w 9 przypadkach. W przypadkach bez powikłań ze strony serca stosunki zachodziły mniej więcej jednakowe.

Trzecia grupa obejmuje 35 przypadków podostrego gośćca stawowego ze zmianami i bez zmian w sercu. Podczas gdy w poprzednich dwóch grupach wyłuszczenie migdałków miało znaczenie przedewszystkiem zapobiegawcze, w tej grupie ma ono już znaczenie lecznicze. Dokonane bowiem zostaje w okresie trwania objawów chorobowych i ma na celu skrócenie czasu ich trwania. Istotnie w 20 przypadkach po usunięciu migdałków spostrzegaliśmy dużą poprawę i szybszy w stosunku do przypadków nieoperowanych powrót do zdrowia. W 14 przypadkach nie spostrzegaliśmy więcej nawrotów. Odnieśliśmy wrażenie, że sprawy sercowe, najczęściej wady zastawkowe skombinowane, t. j. zastawki dwudzielnej i tętnicy głównej, nie posuwały się naprzód. Wszystkie przypadki dotyczyły oczywiście przypadków wad wyrównanych, względnie znajdujących się w okresie wyrównywania.

Czwartą grupę obejmuje 26 przypadków zapalenia wsierdzia, powstałych bezpośrednio po anginie, najczęściej niepierwszej. Z obserwowanych przypadków dokonaliśmy wyłuszczenia w 14 przypadkach, w tygodniu od III — V po wystąpieniu pierwszych objawów zapalnych, zaś w 6 przypadkach w okresie nasilenia stanu zapalnego pod wpływem zapalenia migdałków Stan gorączkowy nie był przeciwwskazaniem, raczej odwrotnie — nieustępowanie jego pod wpływem stosowanego leczenia, utrzymywanie się szybkiego opadania krwi i objawu opaskowego służyły jako wskazanie do zabiegu. Typem przypadku służyć może D. Cz. L. szpit. 2395, lat 22; wada zastawkowa skombinowana przy ciśnieniu 200/0. Anamnestycznie częste nasilenia sprawy zastawkowej z gorączką, dusznością, ogólnem osłabieniem; w szpitalu ciepłota do 39°, OB 16', objaw opaskowy dodatni, szybkie tętno, ciężki stan ogólny; drobnoustrojów ze krwi nie wyhodowano. W 10 dni po wyłuszczeniu migdałków spadek ciepłoty, zwolnienie tętna; od roku brak nawrotów; chora w ambulatoryjnej obserwacji.

Zbliżoną do tej grupy jest grupa piąta ostrych zakażeń krwi migdałkowego pochodzenia, przebiegających wśród objawów gwałtownych z szybkiem tętnem, dreszczami, leukocytozą, krwinkami w moczu, septycznemi obrzękami stawów. Z pięciu obserwowanych przypadków w trzech dokonaliśmy wyłuszczenia, z czego dwa przy-

padki w szybkim czasie zostały wyleczone, jeden z wadą zastawkową. Jeden przypadek zmarł w kilka miesięcy po zabiegu na skutek powikłania różą. Z dwóch przypadków nieoperowanych jeden przypadek wyzdrowiał z wadą zastawkową, drugi zmarł wśród objawów wyczerpania mięśnia sercowego. Jako przykład podajemy przypadek chorej P. D., lat 15, L. szpit. 2437. Przybyła do szpitala w grudniu 1930 r. Choroba rozpoczęła się przed 4 tygodniami dreszczami, gorączką, bólem głowy. W drugim dniu choroby wysypka na udach i podudziach oraz obrzęk dłoni; po 24 godzinach wysypka ustąpiła. W ciągu 4 tygodni wysoki tor gorączkowy. W szpitalu — ciepłota 39°, odczyn Biernackiego — 20' ,tętno 120—130, w moczu białko 0,2‰, kilka krwinek w polu widzenia. Badanie laryngologiczne — zaczerwienienie gardzieli, migdałki rozkanalizowane, cuchnące ropne czopy. 29. XII. dokonano wyłuszczenia migdałków — po 3 tygodniach wypisana ze szpitala w stanie dobrym.

Następna grupa VI obejmuje 9 przypadków pląsawicy. W większości przypadków można było stwierdzić cały cykl rozwojowy, a więc anginę, ostry gościec stawowy, zapalenie wsierdzia, pląsawicę. Z 6 przypadków po wyłuszczeniu migdałków podniebiennych w 2 przypadkach przerwy w wystąpieniu pląsawicy przedłużyły się od 2 do 3 lat, w pozostałych 3 do dziś dnia nawrotu pląsawicy nie obserwowaliśmy. Jako przykład służyć może przypadek chorego N. H. — lat 14. W wywiadach kilkakrotne anginy. Od 4 lat nawracająca pląsawica. Ostatni nawrót przed 2 tygodniami. Obecnie stany podgorączkowe — ruchy choreatyczne. W 7 dni po dokonanem wyłuszczeniu migdałków znaczna poprawa. Dotąd nawrotów nie było.

Ostatnią grupę (VII) przypadków stanowią zapalenia nerek krwotoczne o przebiegu ostrym, podostrym i przewlekłym. Nie omawiamy tu przypadków kłębuszkowych zapaleń nerkowych, występujących po anginach lub innych schorzeniach jamy ustnej. Przypadki ostre i podostre dają tu najlepsze rokowania. Nasza statystyka obejmuje tylko takie przypadki zapalenia nerek, w przebiegu których występowały objawy gośćcowe. Wyniki najlepsze otrzymywaliśmy w przypadkach ostrych (5 przypadków). Z trzech przypadków podostrych — w dwóch efekt leczniczy był prawdopodobny, w jednym — wątpliwy. Z dwóch przypadków przewlekłych jeden pozostał bez poprawy, jeden zmarł wśród objawów niedomogi nerkowej.

Załączona tablica ilustruje omówione stosunki.

| Grupa / Rozpoznanie | Ilość przypadków | | Wyleczenie | | Poprawa | | Bez poprawy | | Zejście śmiert. | | Efekt leczniczy |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| I. Nawracajace zapalenie migdałkowe | | | | | | | | | | | |
| a) bez odczynu ustroju | 25 | | 25 | | | | | | | | |
| b) z odczynem ustroju | 11 | | 3 | | 8 | | | | | | *27%* |
| c) z wadami zastawkowemi nieczynnemi | 8 | | 8 | | | | | | | | |
| II. Ostry gościec stawowy | | | | | | | | | | | |
| a) bez zmian w sercu | 16 | **15** | 12 | **6** | 3 | **6** | 1 | **3** | | | |
| b) ze zmianami w sercu | 23 | **27** | | | 18 | **12** | 5 | **13** | | **2** | |
| III. Podostry gościec stawowy | | | | | | | | | | | |
| a) bez zmian w sercu | 15 | **6** | 9 | | 3 | | 3 | | | | 80% |
| b) ze zmianami w sercu | 9 | **5** | 5 | **2** | 3 | **2** | 1 | **1** | | | 88% |
| IV. Zapalenie wsierdzia | | | | | | | | | | | |
| a) ostre | 8 | **7** | | | 6 | **3** | 2 | **3** | | **1** | 75% |
| b) na tle wady zastawkowej | 6 | **5** | | | 3 | **2** | 2 | **3** | 1 | | 50% |
| V. Zakażenie ostre poanginowe | 3 | **2** | 2 | **1** | | | | | 1 | **1** | 66% |
| VI. Pląsawica | 6 | **3** | 3 | | 3 | | | | | | 50% |
| VII. Zapalenie kłębuszkowe nerek | | | | | | | | | | | |
| a) ostre | 5 | | 5 | | | | | | | | 100% |
| b) podostre | 3 | | | | 2 | | 1 | | | | 66% |
| c) przewlekłe | 2 | | | | | | 1 | | 1 | | 0% |

Zesumowanie: 140 **70**, razem 210 przypadków.

Uwaga: 1) Liczby zwykłe oznaczają przypadki, w których dokonano wyłuszczenia migdałków.
2) Liczby półtłuste oznaczają przypadki, w których nie dokonano wyłuszczenia migdałków.

Wnioski:

1. Wskazanie do wyłuszczenia migdałków należy do internisty poza pierwszą czysto laryngologiczną grupą.

2. Internista ustala moment do wyłuszczenia, jest więc odpowiedzialny za dalszy przebieg schorzenia, gdyż komplikacje pooperacyjne (krwotoki, ropnie płuc i zapalenie płuc) należą do rzadkości.

3. Należy odróżnić wartość zapobiegawczą wyłuszczenia migdałków (w przypadkach nawracających angin, ostrego gośćca stawowego) od wartości leczniczej w przypadkach, których objawy chorobowe trwają (zapalenie wsierdzia, podostre gośćce stawowe oraz ogólne zakażenie).

4. Trwające stany zapalne — zapalenie wsierdzia, podostry gościec stawowy, ostre zapalenie nerek — stają się wskaźnikiem do wyłuszczenia migdałków.

5. Z 140 przypadków dokonanych wyłuszczeń migdałków w 89 dokonaliśmy wyłuszczenia dla celów zapobiegawczych. Odsetek skuteczności wynosi 90. W 51 przypadkach dokonaliśmy wyłuszczeń dla celów leczniczych. Odsetek skuteczności w zależności od grupy od 27—100.

6. Poza klinicznym obrazem za probierz poprawy służyły nam przedłużenie szybkości opadania krwinek i ustępowanie objawu opaskowego.

7. Porównanie wyników z postępowaniem w przypadkach, w których nie wyłuszczaliśmy migdałków podniebiennych, przemawia na korzyść postępowania operacyjnego.

*Piśmiennictwo:*

Uffendorf: Pharyngeale Sepsis. Internationaler Kongress für Laryngolog. 1928. — Schoen: Deutsch. Arch. f. Klin. Med. 159 B. 1928. — Imhofer: Internat. Aerztl. Fortbildungkursus 1930. — Bürgers und Wolfheim: Kl. Woch. Nr. 19. i Nr. 23. 1931. — Linck: Zeitschr. f. Laryngolog. B. 31, H. 3—4. 1931. — Jegoroff: Zeitschr. f. Klin. Mediz. 110. — Jelenkiewicz: Warsz. Czas. Lek. Nr. 6, 7. 1931 r. — Skubiszewski: Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej. Tom IX, zeszyt 3.

---

Zdzisław SKIBIŃSKI. Zakopane.

### O stosunku odporności do oporności w gruźlicy płuc *).

Z Pracowni chem.-bakterjolog. Sanatorjum P. C. K. w Zakopanem.
Kierownik: Dr. Z. Skibiński.

Gdy bada się skłonność do zapadania na gruźlicę u różnych indywiduów, dalej zależność różnych postaci chorobowych gruźlicy od różnych typów konstytucjonalnych i wreszcie uleczalność gruźlicy w zależności od tych typów, to nasuwa się pytanie, co w całem tem zagadnieniu odgrywa większą rolę, czy odporność, którą stopniowo nabywa organizm podczas walki z zarazkiem, czy też oporność, dzięki której organizm może zwycięsko oprzeć się zakażeniu, pomimo że ta naturalna odporność organizmu nie ma nic wspólnego ze swoistemi ciałami odpornościowemi przeciwgruźliczemi.

Na to nie można dziś jeszcze dać stanowczej odpowiedzi. Warto jednak zastanowić się nad kilku faktami, które już poznano. I tak wiemy, że odporność niewątpliwie w gruźlicy istnieje i polega na swoistych przeciwciałach, wytwarzanych przez organizm. Zapomocą własnej mej metody, nazwanej odczynem hamowania, można łatwo stwierdzać obecność tych ciał we krwi chorych podczas czynności procesu chorobowego, wzrost ich w miarę poprawy stanu chorobo-

*) Według przemówienia wygłoszonego w dyskusji na Międzynarodowym Zjeździe Przeciwgruźliczym, odbytym w Hadze, między 6 a 9 września 1932 r.

wego i zanik w chwili wygaśnięcia ognisk. Jeżeli słuszną jest teorja, że przeciwciałami są rozmnożone w nadmiarze grupy powinowactwa zarodzi komórkowej do antygenu, to odporność znaczniejszego stopnia powinna powstawać wtedy, kiedy antygenem będzie ciało toksyczne dla ustroju, t. j. znajdujące w nim wiele grup powinowactwa i dzięki temu sprowadzające zaburzenia chorobowe. Z tego powodu zawsze idzie w parze wzmożona zapadalność na choroby, czyli wzmożona wrażliwość na jady i zarazki z wytworzeniem największej odporności. Według mego przekonania tylko ustrój wrażliwy i podatny może stać się odpornym, natomiast ustrój niewrażliwy i niepodatny na czynnik chorobotwórczy jest wobec niego opornym, ale nie może się stać odpornym.

Podatność organizmu ludzkiego na zakażenie gruźlicze zmniejsza się w miarę lat życia człowieka. Zmniejsza się nietylko z powodu odporności nabytej w dzieciństwie na skutek zakażenia pierwotnego, lecz również z powodu naturalnej oporności, jaką przedstawia organizm dorosły wobec prątka gruźliczego. Organizm, który nie ukończył jeszcze swego rozwoju, a w rozwiniętym organiźmie tkanki mezenchymalne, pochodne trzeciego listka zarodkowego, które są najmniej zróżnicowanemi narządami w ustroju i znajdują się w stałej odnowie w ciągu życia, jak kości, gruczoły chłonne, błony surowicze, układ śródbłonkowo-siateczkowy i t. p. wykazują największe powinowactwo do antygenu gruźliczego. W tych tkankach przedewszystkiem gnieżdżą się prątki gruźlicze, ale też i w nich najobficiej giną, ponieważ tkanki te, dlatego właśnie że mają największe powinowactwo do prątków, muszą wytwarzać najwięcej przeciwciał przeciwgruźliczych. Powiadamy więc, że tkanki niezróżnicowane i wrażliwe na jad gruźliczy są dobrą pożywką dla prątków i równocześnie dobrą wytwórnią ciał odpornościowych. Dzięki tej odporności organizm dziecięcy wykazuje najmniejszą śmiertelność na gruźlicę w latach szkolnych, pomimo że właśnie w tych latach zapadalność na gruźlicę jest największa.

Po dojrzeniu zmienia się stosunek organizmu do prątka gruźliczego. Organizm staje się więcej opornym, ale równocześnie mniej zdolnym do wytworzenia odporności. Zdaje się, że wydzieliny niektórych gruczołów dokrewnych, t. zw. hamujących, jak gruczołów płciowych, kory nadnerczy i innych, hamując wzrost tkanek, równocześnie wysycają w nich grupy powinowactwa do antygenu i w ten sposób czynią je niewrażliwemi na jad gruźliczy. Za tem przemawiają spostrzeżenia poczynione w mej pracowi w Zakopanem.

Mianowicie, gdy bada się ilość ciał obronnych przeciwgruźliczych we krwi w zależności od cyklu miesiączkowego u kobiet chorych, to stwierdzić można, że zjawiają się one najobficiej podczas lub bezpośrednio po miesiączce, zmniejszają się zaś lub zanikają całkiem bezpośrednio przed lub podczas miesiączki. Wiemy, że miesiączka jest to okres, w czasie którego organizm kobiecy znajduje się pod znakiem folikuliny. Jeżeli nastawi się doświadczenie w ten sposób, by reakcja przeciwciał z antygenem gruźliczym przebiegała w obecności folikuliny *in vitro*, to odczyn hamowania wypada tak, jakby wtedy znajdowało się więcej przeciwciał we krwi. Widocznie więc folikulina uczynnia grupy powinowactwa przeciwciał do antygenu i dlatego wiążą one wtedy energiczniej antygen. Jeżeli natomiast zamiast folikuliny weźmie się wyciągi ciała żółtego *(corpus luteum)*, to reakcja przeciwciał z antygenem gruźliczym wypada słabiej. Widocznie grupy powinowactwa przeciwciał do antygenu są wysycane przez wyciągi ciała żółtego i dlatego stają się one mniej wrażliwe na antygen. Jeżeli wolno przyjąć, że to samo dzieje się i *in vivo*, to zrozumiemy, że uczulenie organizmu kobiecego na jad gruźliczy w czasie miesiączki — fakt oddawna znany — tłumaczy się pobudzającem działaniem folikuliny na grupy powinowactwa przeciwciał do antygenu i że dlatego wtedy organizm zdobywa lepsze warunki do wytworzenia odporności. Po miesiączce organizm staje się więcej opornym na jad gruźliczy dzięki wydzielinom ciała żółtego, ale i mniej zdolnym do odporności.

Z innych ciał, które wywierają dodatni wpływ na oporność a ujemny na odporność należy wymienić heparynę. Wiemy z doświadczeń, które wykonał Zakrzewski w Krakowie, że heparyna z jednej strony wstrzymuje mnożenie się komórek nowotworowych, z drugiej jednak strony sprzyja ich różnicowaniu. Zgodnie z przewidywaniami heparyna hamuje również, jak mogłem się o tem przekonać, *in vitro* reakcję przeciwciał z antygenem gruźliczym.

Taki sam wpływ na reakcję przeciwciał z antygenem zarówno *in vitro*, jak i *in vivo*, ma także zwiększone stężenie jonów wodorowych. To jest przyczyną, jak to wykazał prof. Lewkowicz, że ropniaki opłucne niedostępne dla oddziaływania zasadowego osocza krwi nie okazują tendencji do gojenia się.

Jeżeli spróbujemy teraz według tych założeń, które uczyniliśmy dla warunków powstawania odporności i oporności, rozpatrzeć zagadnienie zapadalności na gruźlicę, różnych postaci i przebiegu gruźlicy w zależności od różnych typów konstytucjonalnych, to powinniśmy znaleźć wyjaśnienie wszystkich sprzeczności, jakie kryją się w tych zagadnieniach, we wzajemnych przeciwieństwach zjawisk odpornościowych do opornościowych. Podobnie jak tkanki mezenchymalne niezróżnicowane są dobrą pożywką dla prątków gruźliczych, tak również indywidua budowy smukłej, astenicznej, z nadczynnością tarczycy a z niedomogą czynnościową gruczołów płciowych i nadnerczy, czyli z przewagą pobudzenia nad aparatem hamującym w czynnościach biologicznych tkanek, powinny być szczególnie wrażliwe na gruźlicę, powinny stosunkowo częściej na nią zapadać i zakażenie gruźlicze powinno okazywać u nich tendencję do łatwego szerzenia się po całym organiźmie (posiewy krwio- i limfopochodne). Spostrzeżenia sanatoryjne potwierdzają te przypuszczenia. Osobnicy tego typu w większej części wypełniają sanatorja. Z powodu swej wrażliwości na jad gruźliczy okazują oni stale dużo objawów klinicznych a równocześnie stwierdza się u nich wielkie ilości swoistych przeciwciał we krwi, w płucach zaś zmiany pod względem anatomo-patologicznym charakteru łagodnego. Są to przypadki z t. zw. gruźlicą we właściwem słowa tego znaczeniu. Pod względem biologicznym mają te typy tę wspólną cechę z ustrojami dziecięcemi, że organizm ich znajduje się pod słabem działaniem wydzielin gruczołów hamujących. Dlatego też rozwój ich kształtów cielesnych trwa długo i doprowadza do wytworzenia przewagi wymiarów podłużnych nad poprzecznemi. Brak hamowania w systemie nerwowym zdradza się u nich nerwowością, niecierpliwością, stałem niezadowoleniem i narzekaniem. Zwykłem leczeniem klimatycznem trudno osiągnąć u nich poprawę stanu zdrowia. Sprawa chorobowa powoli, lecz często bez przerwy toczy się naprzód. Tak przejawia się zakażenie gruźlicze u odpornych a równocześnie nieopornych.

Inny całkiem zespół objawów przedstawiają osobnicy oporni, ale zarazem niezdolni do wytworzenia znaczniejszej odporności. W budowie ich zaznacza się przewaga wymiarów poprzecznych nad podłużnemi. Są silni i tędzy. Z powodu przewagi aparatu hamującego rozwój ich zakończa się szybko. Przedstawiają oni złą pożywkę dla prątków. Schorzenie ogranicza się u nich do zajęcia małych tylko przestrzeni, ale pod względem anatomopatologicznym są to zmiany poważne, serowate, suchotnicze. Klinicznie objawy chorobowe występują u nich słabo. Wrażliwość ich tkanek na jad gruźliczy jest zmniejszona. Alergja skórna jest zazwyczaj mała. Często chorzy ci nie wiedzą o tem, że są chorzy. Trzeba ich przekonywać o potrzebie leczenia się. Leczeniem klimatycznem, które podnosi oporność ustroju łatwo osiągnąć u nich wstrzymanie postępu choroby i sprowadzić poprawę.

Jeżeli zapytamy teraz, który z pośród obu stanów odpornościowych ma większe znaczenie dla chorego ze względu na możność zwalczenia zakażenia gruźliczego, to na podstawie badań Langego i Lydtina i na podstawie statystyki Neuer-Feldwega, który badał śmiertelność na gruźlicę u typów pyknicznych i leptosomatycznych, musimy stwierdzić, że oporni mają lepsze rokowanie, aniżeli odporni, że dla organizmu dojrzałego ważniejszą jest wysoko postawiona oporność aniżeli odporność.

Dochodzimy zatem do wniosku, że istnieje zasadnicze przeciwieństwo pomiędzy zjawiskiem odporności i oporności. Oba te stany wykluczają się nawzajem. Odporność polega na swoistych przeciwciałach, które są wytwarzane przez organizm wrażliwy i podatny. Oporność polega natomiast na czynnikach, które hamują wzrost ustroju i sprzyjają różnicowaniu się komórek tkankowych. Czynniki te są pochodzenia częściowo hormonalnego, częściowo innego. Wysycając grupy powinowactwa do antygenu, czynią one organizm niewrażliwym na jad gruźliczy. Stan opornościowy organizmu stwarza niepodatny teren dla rozwoju prątków gruźliczych, ogranicza sprawę chorobową do małych przestrzeni i daje u dorosłych lepsze rokowanie, aniżeli stan odpornościowy, który charakteryzuje osobników podatnych na gruźlicę, sprzyja uogólnianiu się sprawy chorobowej i daje rokowanie gorsze.

*Piśmiennictwo:*

1) Ks. Lewkowicz: P. Gaz. Lek. Nr. 19, 20, 1931 i Nr. 1 i 2, 1932 r. — 2) Z. Skibiński: Gruźlica, Nr. 5, 1930, Nr. 4 i 5, 1931. — 3) Z. Zakrzewski: Z. f. Krebsforsch. 36. B. 4. H., Klin. Wschr. Nr. 4. 1932.

---

## HISTORJA I FILOZOFJA MEDYCYNY.

Dr M. IWANOW. Adrjanopol (Turcja).

### Przyczynek do historji lekarzy-emigrantów z roku 1863.

Przeglądając dział bibliograficzny Polskiej Gaz. Lekarskiej w rozdziale jego o piśmiennictwie polskiem, wpadł mi w oczy artykuł Pana F. Białokura „Lekarze i medycy, uczestnicy powstania styczniowego 1863—64 roku i ich życiorysy", który pojawia się w szeregu ostatnich numerów ub. r. Lekarza Wojskowego.

Jako obywatel starożytnego grodu *Adrjanopolu* i wychowanek lwowskiego Wydziału lekarskiego, poczytuję sobie za obowiązek podać do wiadomości lub przypomnieć zajmującym się historją lekarzy emigrantów z czasów powstania styczniowego, o dwóch lekarzach Polakach, wygnańcach z ojczyzny, którzy długie lata żyli w tym grodzie. Są to śp. Dr. Józef Zaczyński i Dr. Rudolf Gutowski, których zwłoki spoczywają na cmentarzu rzymsko-katolickim w *Adrjanopolu* na przedmieściu jego, znajdującem się tuż przy stacji kolejowej — Kozagoć.

Przypominam ich sobie jeszcze w latach 1880—1890. Jeden z nich Dr. Józef Zaczyński był lekarzem wojskowym w wojsku tureckiem w *Mustafa Pasza* — obecnie *Swilengrad*, miasteczku położonem na granicy bułgarsko-tureckiej, a drugi Dr. Rudolf Gutowski był długoletnim lekarzem zakładowym gimnazjum bułgarskiego katolickiego X. X. Zmartwychwstańców w *Adrjanopolu*.

Czy dwaj ci lekarze byli uczestnikami powstania styczniowego z roku 1863, czy też jak wielu Polaków z tej epoki jak i śp. Dr. Kwaśnicki (Polska Gazeta Lekarska Nr. 26. 1931) musieli emigrować i szukać schronienia w Turcji osiedlając się w Adrjanopolu, gdzie za czasów Sadyka Paszy i po nim kolonja polska, obok konstantynopolitańskiej, była znaczna, — niewiadomo. Może żyjący jeszcze — Ojcowie Zgromadzenia XX. Zmartwychwstańców w Radziwiłłowie, Lwowie lub Krakowie, którzy koło 1880 r. byli tu w Adrjanopolu, jeszcze za życia tych dwóch lekarzy i osobiście ich znali, — mogliby coś wiedzieć o ich przeszłości.

Oto napisy na marmurowych białych pomnikach postawionych na ich grobowcu:

*Tu spoczywa*
*śp. Dr. Medycyny*
*JÓZEF ZACZYŃSKI*
** 1820 † 1905*
*Wierny syn Kościoła*
*Wygnaniec z Ojczyzny*
*Małżonka jego*
*Magdalena*

*†*
*D. O. M.*
*Ici repose le Docteur*
*RUDOLF GUTOWSKI*
*né à Varsovie l'an 1815*
*mort à Andrinople le 30 octobre 1894*

*Dobrym był i miłosiernym*
*dla wszystkich*
*szlachetny patryotyzm*
*który serce jego ożywiał*
*dał mu znieść z poddaniem*
*długie lata wygnania*

*Ce monument a été élevé*
*à sa memoire cherie et venerée*
*par sa femme et ses enfants*

---

## MEDYCYNA SPOŁECZNA.

Dr. Stefan Łukasz KWIATKOWSKI, Adjunkt kliniki. Lwów.

### Organizacja walki z chorobami wenerycznemi we Francji.

Klinika dermatologiczna U. J. K. we Lwowie.
Dyr.: Prof. Dr. J. Lenartowicz.

Rozszerzanie się kiły we Francji zaczynało przybierać w czasie wojny i bezpośrednio po niej niepokojące rozmiary. Wedle obliczeń statystycznych kiła była co roku przyczyną skonu 80.000 ludzi, poza tem 40.000 poronień i 20.000 dzieci nieżywo urodzonych rocznie [1]). Pesymiści podawali nawet, że 10% ludności francuskiej jest dotknięte kiłą! Bilans zachorowań na rzeżączkę trudniej ustalić; niemniej ma ona olbrzymie znaczenie w spadku urodzin, który — jak wiadomo — staje się dla Francji bardzo poważnem i trudnem zagadnieniem.

Wedle obliczeń, wskutek chorób wenerycznych, a to z powodu zgonów, niezdolności do pracy, kosztów leczenia, zmniejszenia się produkcji i t. d., Francja ponosi olbrzymie straty materjalne, wynoszące zawrotną cyfrę 50 miljardów franków rocznie.

Możliwe, że liczby te są przesadzone. Niemniej faktem jest, że choroby weneryczne stawały się we Francji — jak zresztą wszędzie po wojnie — wprost klęską społeczną, na którą nie można już było przymykać oczu. Hasłem dnia stało się — jak powiada Cavaillon: „Walczyć z chorobami wenerycznemi, t. zn. walczyć o wzmożenie się ilości urodzin, o bogactwo kraju". I hasło to wkrótce zostało zrozumiane i przemieniło się w czyn.

Już przed wojną podjęto pierwsze w tym kierunku usiłowania: wielki Fournier zakłada w roku 1901 Towarzystwo profilaktyki sanitarnej i moralnej („*Société de Prophylaxie Sanitaire et Morale*"). W roku 1913 Urząd opieki społecznej *(L'Assistance Publique)* założył w Paryżu 3 pierwsze przychodnie przeciwweneryczne. Jednak walka w całem tego słowa znaczeniu zostaje podjętą dopiero w roku 1916, przez koordynację działań Podsekretarjatu Stanu służby zdrowia w Armji z Dyrekcją opieki i higjeny społecznej: zostają utworzone pierwsze t. zw. „*Services annexes*". Po wojnie podejmuje walkę całe społeczeństwo w najrozmaitszych stowarzyszeniach, w instytucjach komunalnych, departamentalnych i t. d., walkę bardzo energiczną, jednakże nieco chaotyczną. Aby ją zjednoczyć i poprzeć, tworzy wreszcie rząd specjalny urząd, podległy kolejno Ministerstwu Spraw Wewnętrznych, Pracy i Higjeny społecznej, a obecnie Ministerstwu Zdrowia. Urzędem tym — to Centralny Urząd zapobiegania (profilaktyki) chorób wenerycznych. Równocześnie tworzą się lub wzmagają swoje działanie: Urząd Narodowy higjeny społecznej, Instytut profilaktyczny, Liga przeciw niebezpieczeństwu wenerycznemu — w przeciągu kilku lat zostaje utworzona na terenie Francji olbrzymia organizacja przeciwweneryczna, obejmująca około 1.500 przychodni i pracowni: walka zostaje podjęta na dobre. Zasługa to ofiarności całego społeczeństwa, oraz dobrej woli i zrozumienia wagi sprawy walki z chorobami wenerycznemi przez parlament i Rząd. Jasnem jest, że utrzymanie tej olbrzymiej ilości przychodni i pracowni pochłania ogromne sumy. Leczenie bowiem jest niemal zawsze bezpłatne, a obejmuje zarówno porady i zabiegi lekarskie, jak i leki. Ciekawem jest rozłożenie tych ciężarów: rząd uczestniczy w nich w stosunkowo nieznacznej części, bo sumą niespełna 20 miljonów franków rocznie. Większość wydatków pokrywają gminy, departamenty, kasy chorych i instytucje prywatne, utrzymywane z datków dobroczynnych. Dowodzi to ogromnego zrozumienia, jakie ma dla tej ważnej sprawy społeczeństwo francuskie. Na dowód, że zrozumienie to okazuje — jak wspomniałem — parlament i Rząd, wymienię kilka najważniejszych dekretów, np.:

Okólnik Ministerstwa Spraw Wewnętrznych z 27. IV. 1909 i 8. II. 1926 w sprawie zwalczania ślepoty u noworodków, okólnik Ministerstwa Spraw Wewnętrznych z 1. VI. 1919 w sprawie reglamentacji nierządu i profilaktyki chorób wenerycznych u osób uprawiających nierząd, okólnik Ministerstwa Pracy w sprawie walki z chorobami wenerycznemi w marynarce handlowej, okólnik Ministerstwa Pracy z 12. VIII. 1925 w sprawie propagandy przeciw chorobom wenerycznym i wiele innych. Lecz najważniejsze ze wszystkich, wprost przełomowe dla całej sprawy walki z chorobami wenerycznemi były instrukcje, wydane dla prefektów departamentalnych w dniach 18. VIII. 1924 i 20. VIII. 1926 przez Ministerstwo Pracy, Higjeny i Opieki społecznej, (Min. A. Fallières). Instrukcja z roku 1926 *(„Instructions générales concernant la lutte contre les Maladies vénériennes")* jest tak ważną, że przytoczę w streszczeniu najważniejsze jej punkty:

Art. 1.: W każdym departamencie lekarz-inspektor higjeny ma obowiązek czynnie zajmować się walką z chorobami wenerycznemi, bądźto ją organizując, bądź też kontrolując już istniejące organizacje.

Albo też organizatorem i kierownikiem tej walki będzie specjalny delegat Ministerstwa, zwykle profesor syfiligrafji, albo wreszcie jest nią jakieś autonomiczne stowarzyszenie np. filja „Ligi francuskiej przeciw niebezpieczeństwu wenerycznemu".

Art. 2.: określa szczegółowo, jak mają być urządzone, wyposażone i prowadzone przychodnie przeciwkiłowe, które muszą być zaprowadzone we wszystkich miastach począwszy od 10 tysięcy mieszkańców. Przychodnie te nie będą administrowane przez Ministerstwo, lecz pod kontrolą Ministerstwa *(„sous le contrôle et avec le concours du Ministère")*. Ich budżet składa się: z funduszów własnych danej organizacji miejscowej, z subwencji gminy i departamentu. oraz subwencji Ministerstwa higjeny.

Art. 3, 4, 5, 7, 8 i 10 — wprowadzają obowiązek zakładania przychodni przeciwrzeżączkowych, oddziałów dla zwalczania i leczenia kiły dziedzicznej, t. zw. „oddziałów wiejskich w gabinetach lekarzy", pracowni, przychodni w więzieniach i dla marynarki handlowej: określają też szczegółowo, jak one mają być urządzone,

[1]) Dr. Cavaillon: *„L'armement antivénérien en France"*.

wyposażone i prowadzone. Budżet tych instytucyj ma być pokrywany jak w art. 1.

Art. 9.: kładzie nacisk na kontrolę prostytutek (ustawa z 1. X. 1917) i na organizację ich leczenia, które może być przeprowadzone bądźto w urzędowych przychodniach i szpitalach, bądźto u lekarzy urzędowo uznanych i przez władze rządowe kontrolowanych. Prostytutki ze zmianami zakaźnemi muszą leczyć się w szpitalu.

Art. 10.: wprowadza obowiązek intensywnej propagandy wszelkiemi możliwemi sposobami.

Art. 11.: nakazuje prowadzenie statystyk w myśl jednolitego wzoru.

Po wprowadzeniu w życie tej instrukcji (zredagowanej na podstawie wskazówek Komisji Profilaktyki chorób wenerycznych i referatu Cavaillona) organizację walki z chorobami wenerycznemi ostatecznie ustalono i pod tą postacią prowadzi się ją do dnia dzisiejszego.

*Organizacje centralne.*

I. Na czele całej walki stoi wspomniany już Centralny urząd profilaktyki chorób wenerycznych. *(„Service central de prophylaxie des maladies vénériennes").* Jest on rodzajem sekcji Narodowego Urzędu Higjeny społecznej i mieści się w jego gmachu przy bulwarze Vaugirard. Oba te urzędy podlegają Dyrekcji Higjeny i Opieki Społecznej Ministerstwa Zdrowia. Urząd składa się zaledwie z kilku osób, ma jednakże za szefa człowieka tak niepospolitej energji i tak oddanego sprawie, jakim jest Dr. Cavaillon. Celem urzędu jest: organizować walkę na terenie całej Francji, porozumiewać się z prefektami, inspektorami municypalnymi i departamentalnymi higieny, z profesorami katedr dermato- i syfiligrafji, z dyrektorami szpitali, być łącznikiem między organizacjami i instytucjami tej miary, co Instytut profilaktyczny, Liga przeciw niebezpieczeństwu wenerycznemu, Kasy chorych i t. d. Urząd profilaktyki jest więc w całem tego słowa znaczeniu centralą, niejako sztabem generalnym całej walki z chorobami wenerycznemi we Francji.

II. Wspomniany poprzednio Narodowy urząd higjeny społecznej *(„L'office national d'hygiène sociale")* odgrywa również bardzo ważną rolę w tej walce. Jest bowiem przez swoją „Generalną komisję dla propagandy" centralą rozległej i intensywnej propagandy, którą potem opiszę.

Dyrektorem Narodowego urzędu higjeny jest Brisac, sekretarzem komisji dla propagandy — Łucjan Viborel.

III. Komisja profilaktyki chorób wenerycznych *(„Commision de prophylaxie des maladies vénériennes")* pozostaje w ścisłym związku z Centralnym urzędem profilaktyki chorób wenerycznych. Prezesem jej jest Prof. Pinard, sekretarzem Dr. Sicard de Plauzoles, członkami najwybitniejsi syfiligrafowie francuscy. Komisja ma za cel studjować wszystkie zagadnienia, odnoszące się do sprawy walki z chorobami wenerycznemi i udzielać Ministerstwu wniosków na ten temat. Dziełem komisji jest właśnie streszczona powyżej instrukcja ministerjalna z roku 1926.

Te trzy instytucje — to oficjalne urzędy walki. Poza tem istnieje cały szereg organizacyj o charakterze prywatno-państwowym lub czysto prywatnym, organizacyj, które w walce Francji z chorobami wenerycznemi odgrywają pierwszorzędną rolę, a to:

1. Instytut Profilaktyczny *(„L'Institut Prophylactique")* pozostający pod patronatem każdorazowego Prezydenta Republiki. Prezesami jego są Prof. Roux i Painlevé. Założony w marcu 1916 przez miasto Paryż i Radę Generalną departamentu Sekwany, uznany za instytucję użyteczności publicznej i subwencjonowany przez Państwo — ma instytut za cel leczenie chorych na kiłę i badania naukowe na tem polu. W krótkim czasie rozwój jego dosięgnął ogromnych rozmiarów i dziś zajmuje jedno z czołowych miejsc w walce z chorobami wenerycznemi. Jego centrala mieści się przy ul. d'Assas: ogromne pracownie i przychodnie, załatwiające kilkuset chorych dziennie. Instytut rozwija się iście amerykańskiem tempem: poza centralą ma on w Paryżu i jego najbliższej okolicy około 30 przychodni, korzystających z centralnego zakładu przy ul. d'Assas. Poza tem Francja i liczne jej kolonje pokryte są siecią filij instytutu; istnieje ich dziś około 60. Instytut przeprowadza badania naukowe nad kiłą (ostatnio i nad gruźlicą), ogłaszane we własnym kwartalniku *„Archives"*.

Leczy kiłę wedle własnych metod, o których miałem sposobność mówić na posiedzeniu Lwowskiego Towarzystwa Dermatologicznego i Lwowskiego Towarzystwa Lekarskiego i które ogłosiłem w Polskiej Gazecie Lekarskiej [2]).

Ich podstawową zasadą jest leczenie wśród ścisłej kontroli krwi i płynu mózgowo-rdzeniowego (flokulacyjna metoda fotometryczna Dra Vernes'a). Charakterystyczną jest pilność, z jaką chorzy poddają się leczeniu, ufność — z jaką się odnoszą do lekarzy Instytutu, ludzkość i sumienność, z jaką są traktowani. To też frekwencja chorych tego zakładu wzrasta z roku na rok. Dotychczas leczyło się w nim blisko 150 tysięcy osób, wykonano prawie półtora miljona zastrzyknięć leków przeciwkiłowych, półtora miljona badań krwi i płynu mózgowo-rdzeniowego, 40.000 nakłuć lędźwiowych i t. d. Cyfry te mówią same za siebie. Twórcą, organizatorem i dyrektorem Instytutu, autorem wszystkich metod badania i leczenia. stosowanych w Instytucie i jego filjach jest Dr. A. Vernes, człowiek niepospolitej wiedzy i zdolności organizacyjnych, człowiek, który żyje jedną tylko myślą i jednym celem: „leczyć i wyleczyć kiłę". Organizacja Instytutu jest jego dziełem i to dziełem pod każdym względem wzorowem.

2. Narodowa Liga Francuska przeciw niebezpieczeństwu wenerycznemu [3]) *(„Ligue nationale Française contre le péril vénérien").* Założona w roku 1923 jest uznana za instytucję użyteczności publicznej i subwencjonowana przez Państwo. Prezesem jej jest Dr. Queyrat, dyrektorem generalnym Dr. Sicard de Plauzoles, sekretarzem generalnym Prof. Gougerot: wszyscy bardzo czynni i całą duszą oddani sprawie. Cel Ligi p. n. w. określa jej nazwa. Dochodzi ona do niego rozmaitemi drogami: rozwija energiczną propagandę zwróconą przeciw chorobom wenerycznym bezpośrednio (afisze, ulotki, filmy i t. d.) lub pośrednio, propagując na rzecz odpowiedniego wychowania młodzieży i jej wychowawców, oraz ich uświadomienia co do niebezpieczeństwa chorób wenerycznych. Liga założyła 14 własnych przychodni przeciwkiłowych w Paryżu, departamencie Sekwany i Oizy, laboratorjum centralne, (z którego mogą bezpłatnie korzystać prywatni lekarze), urząd dla bezpłatnego wydawania specyfików lekarzom prywatnym, wreszcie Szkołę Serologji przy Wydziale lekarskim Uniwersytetu paryskiego. W swojem ambulatorjum w St. Ouen pod Paryżem założyła Liga szkołę służby społecznej przeciwwenerycznej dla pielęgniarek (infirmjerek). Wreszcie popiera wydatnie twórczość naukową na polu kiły (szefem tego oddziału Ligi jest Levaditi), nagradzając co roku najlepsze prace drogą konkursu.

3. Liga Ochrony Społecznej *(„Ligue de Préservation sociale")* powstała w roku 1923, subwencjonowana przez Państwo. Jej dyrektorem jest Dr. Demonchy. Ma za cel specjalnie walkę z rzeżączką drogą propagandy, tworzenia przychodni i przeprowadzania badań naukowych. W Paryżu są dziś czynne 3 duże przychodnie Ligi (leczące ponad 30.000 osób rocznie) i „Centralne laboratorjum dla badań naukowych". Liga nagradza najlepsze prace naukowe na temat rzeżączki i wydaje (wspólnie z Janetem i Sézarym) pismo perjodyczne dla lekarzy *„L'urologie du Praticien"*.

4. Francuskie Towarzystwo Profilaktyki sanitarnej i moralnej *(„Société Française de Prophylaxie sanitaire et morale")*, założone przez Fourniera. Prezesem obecnym jest Gougerot. Towarzystwo ma za cel studjować rozmaite zagadnienia, mogące mieć związek z walką z chorobami wenerycznemi. Jego filją jest „Komitet wychowania kobiet".

Wspólnie z Ligą p. n. w. wydaje Towarzystwo miesięcznik *„La prophylaxie antivénérienne").*

5. Komitet dla wytępienia kiły *(Comité pour l'abolition de la Syphilis" = C. A. S.)* uznany za instytucję użyteczności publicznej, utworzony przez przedstawicieli wielkiego przemysłu i finansjery francuskiej — ma za cel subwencjonowanie, względnie tworzenie nowych placówek przeciwkiłowych.

6. Komitet dla nauczania i postępu higjeny społecznej *(„Comité pour l'enseignement et le progrès de l'hygiène sociale")* ma za cel walkę z chorobami wenerycznemi i ochronę rasy przez wychowanie. Dąży do tego drogą kursów i publikacyj. Znanym jest coroczny kurs higjeny społecznej w Sorbonie, który wspólnie z „Wolnem Kolegjum Wiedzy Społecznej" kładzie w swych wykładach nacisk na sprawę dziedziczności, eugenikę, wychowanie seksualne młodzieży i przyszłych rodziców, oraz walkę z chorobami wenerycznemi. Jest to więc nauczanie nawskróś nowoczesne, może jedyne tego rodzaju na świecie.

7. Opieka macierzyńska *(„La mutualité maternelle de Paris")*, założona w roku 1892, ma za cel zwiększenie liczby urodzin przez premjowanie i walkę ze śmiertelnością dzieci. Ma dziś w Paryżu i jego okolicach 116 przychodni. Pierwotnie tylko 2 z nich zajmowały się leczeniem kiły u kobiet ciężarnych i noworodków. Od 3 lat za inicjatywą Cavaillona leczenie to prowadzą wszystkie przychodnie należące do Opieki.

8. Nowa Gwiazda małych dzieci Francji *(„La Nouvelle Étoile des Petits Enfants de France")*, uznana za insty-

[2]) Polska Gaz. Lek. 1932, Nr. 42 i 43.

[3]) Dla skrócenia będę je określał: „Liga p. n. w.".

tucję użyteczności publicznej, ma za cel wykrywanie chorób dziedzicznych. Stowarzyszenie to założyło w Paryżu i na prowincji szereg „Ośrodków higjeny macierzyńskiej i dziecięcej", które opiekują się matką i dzieckiem od pierwszych chwil jego istnienia do 13-go roku życia. W ośrodkach tych zaprowadzono poradnie przeciwkiłowe. Zadaniem ich jest nietylko leczenie matek i dzieci, ale i wykrywanie kiły w całem środowisku rodzinnem. Lekarz-syfilidolog stara się zachęcić do badania wszystkich członków rodziny, nawiązuje z nimi styczność osobistą i staje się niejako ich lekarzem rodzinnym. Wykrywaniem kiły wrodzonej zajmują się wszystkie przychodnie tego stowarzyszenia — a więc poradnie dla niemowląt, poradnie szkolne, uszne, dentystyczne i wizytacje lekarskie szkół, odbywające się regularnie co miesiąca.

9. Ratujmy matki i niemowlęta (*„Sauvons les mères et les bébés"*), oraz Narodowy Komitet Ochrony Dziecka (*„Comité national de l'enfance"*) uznane za instytucje użyteczności publicznej — to znów stowarzyszenia, mające za cel propagandę, która w znacznej mierze zwraca się przeciw kile wrodzonej, jako jednej z najgłówniejszych przyczyn śmiertelności i niedorozwoju dzieci.

10. Służba społeczna (*„Service social"*) wprowadzona przez Opiekę Społeczną (*„L'assistance publique"*) kształci i utrzymuje asystentki, które są przydzielone do rozmaitych szpitali paryskich: do oddziałów przeciwwenerycznych, położniczych i dziecięcych. Mają one najrozmaitsze zadania, jako to: wykrywanie wszystkich przyczyn społecznych, które podtrzymują rozwój chorób wenerycznych i wpływają szkodliwie na ich przebieg; usuwanie chorym trudności moralnych i materjalnych w leczeniu; nadzór nad chorymi przez prowadzenie kart kontroli i ewentualnie skłanianie ich do leczenia, jeśli zaniedbują je (drogą korespondencji, oczywiście bardzo dyskretnej i wizyt); pouczanie chorych, jak mają się zachowywać w czasie leczenia i t. d. Zadania więc asystentek służby społecznej, tak popularnych *„infirmières en bleu"* — są bardzo wielorakie i trudne, wymagają też personelu taktownego, dyskretnego i pod względem moralnym wysoko stojącego. To też oddają one sprawie nieocenione wprost usługi i znajdują się dziś we wszystkich większych ośrodkach przeciwwenerycznych we Francji.

Dok. nast.

---

Dr. K. CZYŻEWSKI. Lwów.

### Na marginesie broszury dra H. Niedzielskiego: „Lekarze domowi" wydanej przez Kasę Chorych w Warszawie.

Broszura jest sprawozdaniem za lata 1930 i 31 z działalności K. Ch. na terenie Pragi, która stanowi jedną z dzielnic (VI) K. Ch. w Warszawie. Liczyła ona w 1930 blisko 85.000 uprawnionych do świadczeń w K. Ch. W roku tym nie tracąc związku z centralą została zreorganizowana w myśl zasad okólnika Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej Nr. 638 jako próba ich wartości życiowej. Okólnik ten był wynikiem znanej konferencji w sprawie reorganizacji ustroju K. Ch. zwołanej przez ówczesnego Min. Pr. i O. S. Prystora w listopadzie 1929. Jako zasady wytyczono: racjonalne lecznictwo i stosowanie akcji zapobiegawczej przez bezpośredni kontakt lekarza z chorym; wysunięcie lecznictwa na plan pierwszy w K. Ch. przed administracją i oparcie reorganizacji przedewszystkiem na czynniku lekarskim. W r. 1931 K. Ch. w Pradze pracowała już w pełni w warunkach zreorganizowanych.

Na czele tej dzielnicy stoi lekarz naczelny z zastępcą. Dotychczasowy kierownik oddziału pozostał kierownikiem biura i w praktyce czynnikiem wobec lekarza naczelnego podrzędnym. Administrację zredukowano z 41 pracowników na 28.

Komórką organizacyjną stał się rejon obejmujący około 6000 uprawnionych do świadczeń obsługiwany przez 2 lekarzy internistów i 1 pedjatrę — lekarzy domowych w zrozumieniu okólnika. Ten sam lekarz leczy chorego w domu i przychodni przez cały czas trwania choroby. Pracując stale na małem terytorjum poznaje warunki życia chorego i jego rodziny; staje się znów typem lekarza, który zniszczyły dotychczasowe ubezpieczenia społeczne: lekarzem zaufania, opiekunem chorego, lekarzem społecznikiem w rodzaju dawnych praktyków.

Dwa rejony posiadają wspólną przychodnię, gdzie w ścisłej łączności z lekarzem pracują 4 sanitarjuszki i 1 felczer bez żadnego personelu urzędniczego. Przyjmują one zgłoszenia chorych, prowadzą kartotekę ubezpieczonych i pomagają lekarzowi w pracy w przychodni i na mieście. Przy kierownictwie dzielnicy istnieje centralna przychodnia specjalistyczna i centralna apteka według dotychczasowej organizacji.

Autor podnosi następujące zdobycze reorganizacji. Czynnik lekarski stanął na wysokości zadania i przeprowadził zmiany z pożytkiem dla lecznictwa, ubezpieczonego i instytucji. Lekarz rejonowy (domowy) wszedłszy w ścisły kontakt z chorym zyskał jego zaufanie a praca jego stała się pełniejsza i wdzięczniejsza. Racjonalne prowadzenie leczenia obniżyło jego koszty, zmniejszyło ilość wizyt domowych i obniżyło ilość zasiłków. Odpowiednie cyfry wykazują: porada lekarska na Pradze jest tańsza od przeciętnej w K. Ch. warszawskiej o 38 gr, a jej koszt administracyjny o 2 gr; jedna kuracja jest tańsza o 76 gr. Mimo rozszerzenia działania lekarza, normy jego pracy nie przekroczyły maximum przyjętego przez Zrzeszenie Lekarzy.

Na podstawie tych wyników uważa autor eksperyment za udany. Chodziłoby jeszcze o ocenę objektywności sprawozdania. Zarząd K. Ch. wydał je drukiem, tem samem przyjął wywody autora. Autor jest zastępcą lekarza naczelnego dzielnicy, zatem reorganizacja jest zapewne w znacznej części jego dziełem; odnosi się do niej z pewnym nawet entuzjazmem ale tak umiarkowanym, że dla czytelnika przekonywującym. Cyfry niewątpliwie mówią za siebie. Ale znamy wartość statystyki wobec spraw życia, zwłaszcza tak złożonych jak ubezpieczenia społeczne w obecnej dobie. Nie wiemy, co myśli o reorganizacji lekarz domowy, główny czynnik w nowych stosunkach, ani też nie znamy zdania ubezpieczonego, na którym odbiły się przedewszystkiem plusy i minusy próby w dzielnicy praskiej.

Jeszcze jedno pytanie zastanawia. Hasło reorganizacji wyszło z Min. Pr. i O. Sp. Eksperyment na Pradze, wprowadzony także w innych punktach Rzeczypospolitej, powinien zadecydować o przyszłym ustroju K. Ch. na całym terenie Państwa. Tymczasem np. ostatni projekt Min. O. Sp. przepisów służbowych dla pracowników K. Ch. wcale nie wskazuje na zachowanie zasady, że czynnik lekarski jest dominujący w K. Ch. Czy Min. O. Sp. nie może jeszcze liczyć się z wynikami eksperymentu jako zbyt krótkotrwałego, czy też próba się nie udała?

Pytania te nasuwają się czytelnikowi omawianej broszurki, którą w ostatnim miesiącu rozesłała K. Ch. w Warszawie.

---

## SPRAWOZDANIA I KORESPONDENCJE.

### Sprawozdanie z VIII. Zjazdu Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego we Lwowie.

Zjazd odbył się we Lwowie w dniach 27, 28 i 29 czerwca 1932 r. w gmachu Kliniki dermatologicznej Uniw. J. K. przy ul. Piekarskiej 69.

W Zjeździe wzięło udział 83 dermatologów z 15 osobami towarzyszącemi. W liczbie tej zamiejscowych Kolegów było 58, lwowskich 25.

Zjazd został uświetniony przybyciem dermatologów czeskosłowackich i jugosłowiańskich. Z Pragi przybyli: Prof. František Šamberger z Małżonką, Prof. Karel Gawalowski, Asystent Dr. Emil Petraček i Dr. František Frenzl. Z Beogradu przybył jako delegat Jugosłowiańskiego Towarzystwa Dermatologicznego i Wydziału lekarskiego Uniw. Beogradzkiego Doc. Dr. Milan Kičevač.

Przybycie Dermatologów z bratnich krajów słowiańskich świadczy chlubnie o głębokiem poczuciu łączności słowiańskiej i było szczególnym zaszczytem dla Lwowa, jako jednego z ośrodków dermatologicznych polskich. Wyrazem serdecznych stosunków z Kolegami czesko-słowackimi i jugosłowiańskimi były przemówienia powitalne i pożegnalne tak w sali wykładowej jak i na bankietach.

Z 62 zgłoszonych wykładów — wygłoszono tylko 35, mimo zorganizowania 5 posiedzeń i dosyć surowego stosowania regulaminu posiedzeń.

Zestawienie cyfrowe wykładów wygłoszonych przez Dermatologów poszczególnych miast, przedstawia się następująco: (liczby w nawiasach oznaczają ilość wykładów, które nie zostały wygłoszone z powodu braku czasu):

Lwów: 15 (6), Kraków: 5 (7), Warszawa: 5 (5), Praga: 3 (2), Łódź: 3 (2), Wilno: 2 (4), Beograd: 1, Poznań 1 (1).

Równocześnie ze Zjazdem odbywała się Wystawa naukowa, składająca się z pięknych zbiorów fotografij i diapozytywów. W wystawie tej wzięli udział: Klinika Dermatologiczna Uniw. Jagiellońskiego w Krakowie, Oddział skórny kobiet i mężczyzn Szpitala powszechnego we Lwowie, Klinika Dermatologiczna Uniw. J. K. we Lwowie, Dr. Petraček z Pragi oraz Dr. Mierzecki ze Lwowa.

Wystawa farmaceutyczno - przemysłowa zgromadziła liczne eksponaty firm farmaceutycznych krajowych i zagranicznych.

Na część towarzyską złożyły się dwa bankiety: jeden wydany przez Prezesa Komitetu zjazdowego Prof. Lenartowicza w dniu 27 czerwca w salach Hotelu George'a, drugi w dniu 28 czerwca w salach Hotelu Krakowskiego, jako wspólna wieczerza koleżeńska Uczestników Zjazdu.

Temat główny Zjazdu „Badania czynnościowe skóry", był bardzo licznie obesłany i szereg Klinik i Oddziałów dało wiele cennych przyczynków do tego tak zajmującego zagadnienia. Obok tego tematu głównego były dopuszczone także tematy wolne.

Pierwsze posiedzenie naukowe poświęcono tematowi głównemu. Prof. Šamberger z Pragi zgłosił wykład pod tytułem: „O funkcjach skóry i ich zaburzeniach". Wykład ten był w całości wydrukowany w tłumaczeniu polskiem w programie zjazdowym. Asystent Dr. Petraček (Praga) mówił na temat: „Czynności skóry a podłoże znamieniowe", i uzasadniał nowe określenie znamienia czynnościowego. Prof. Leszczyński (Lwów) w badaniach skóry bąblami barwnemi, stwierdził swoiste zachowanie się bąbla założonego rozczynem 0,2‰ błękitu trypanu w rozmaitych okolicach ciała. Doc. Ostrowski (Lwów) omówił czynnościowe badanie skóry jadami wegetacyjnemi w odczynie tuberkulinowym Mantoux. Dr. Goldschlag (Lwów) zdał sprawę z zachowania się bąbla założonego rozczynem fizjologicznym pod wpływem promieni o rozmaitej długości fal. Dr. Chrążak (Lwów) podał wyniki badań nad zachowaniem się poziomu cholesteryny we krwi i przyskórku w dermatozach z nieprawidłowem rogowaceniem. Dr. Mierzecki (Lwów) omówił wyniki badań czynnościowych skóry w przemyśle. Dr. Zisch (Lwów) zajął się próbami wykazywania cukru bezpośrednio w skórze. Dr. Eljasz (Lwów) mówiła o swych obserwacjach wpływu zmian w krążeniu na czynność naczyń skórnych, a Dr. Kauczyński (Lwów) przedstawił wyniki badań nad wpływem surowicy z ognisk gruźliczych skóry na przebieg odczynu tuberkulinowego.

W drugim dniu Zjazdu odbywały się pokazy chorych. Przedstawiono ogółem 45 ciekawych przypadków dermatologicznych. W sumie tej przedstawił Oddział skórny kobiet Szpitala pow. we Lwowie 19 przypadków, Klinika dermatologiczna U. J. K. we Lwowie 11 przypadków, Oddział skórny męski Szpitala pow. we Lwowie 6 przypadków, Kasa Chorych 5 przypadków, Doc. Grzybowski z Warszawy 1 przypadek. Dr. Alkiewicz z Poznania 3 preparaty histologiczne. W dalszym ciągu tego posiedzenia Dr. Czaczkowski (Lwów) na podstawie własnych fotografij trójbarwnych, omówił znaczenie fotografji barwnej i stereoskopowej dla dermatologji. Dr. Petraček (Praga) przedstawił szereg barwnych diapozytów ciekawych przypadków dermatologicznych i omówił technikę ich wykonania. Dr. Mierzecki (Lwów) omówił morfologię i etjologję stygmatów zawodowych, demonstrując przytem 70 przeźroczy. Doc. Grzybowski (Warszawa) omówił histogenezę nabłoniaka w chorobie Bovena.

Na trzeciem posiedzeniu Prof. Gawalowski (Praga) mówił o wzajemnem działaniu proteinów i lipoidów surowicy krwi, zwłaszcza w przypadkach kiły. Doc. Kičevač (Beograd) podał nową metodę rozpoznawania *„Oedma inguinale"* i opisał przebieg odnośnych odczynów. Prof. Walter (Kraków) streścił wyniki swych bardzo ciekawych badań z zakresu stanów łojotokowych skóry. Dr. Bruner (Warszawa) zajął się badaniami mającemi wyjaśnić działanie naświetlań ogólnych w leczeniu gruźlicy skóry. Dr. Racinowski (Warszawa) mówił o parakeratozie i jej roli w schorzeniach skóry. Dr. Alkiewicz (Poznań) przedstawił ciekawą pracę histologiczną o strukturze komórkowej płytki paznokcia. Prof. Legeżyński i Doc. Ostrowski (Lwów) zdali sprawę z badań krwi chorych na gruźlicę skóry na obecność prątków Kocha metodą Loewensteina. Dr. Reiss (Kraków) omówił badania nad histogenezą gruczołów łojowych i tłuszczu rogowego u płodów ludzkich.

Na czwartem posiedzeniu Dr. Sonnenberg (Łódź) mówił o wpływie leczniczym osutek posalwarsanowych na dalszy przebieg kiły. Doc. Straszyński (Warszawa) zajął się charakterystyką histologicznych zmian wykwitów skórnych we wczesnych okresach kiły wrodzonej z punktu widzenia przejawów odpornościowych, rozgrywających się w ustroju niemowlęcia. Dr. Stopczański (Kraków) omówił spostrzeżenia nad rozpoznawaniem kiły zapomocą luotestu. Prof. Walter i Dr. Trzebicky (Kraków) podali wyniki badań *in vivo* nad cytologją krwi szpiku kostnego w przebiegu kiły. Dr. Vernes. Kwiatkowski i Chauchard (Paryż-Lwów) zdali sprawę z działania tryparsamidu na zmiany kiłowe w płynie mózgowo-rdzeniowym. Dr. Neumark (Łódź) dał przyczynek do rozpoznawania trzeciorzędnej kiły gruczołów chłonnych. Dr. Reiss (Kraków) omówił bardzo ciekawe próby wzmożenia działania leczniczego w rzeżączce zapomocą związków amonjakalno-srebrowych.

Na piątem posiedzeniu Doc. Mienicki i Dr. Ryll-Nardzewski (Wilno) omówili odczyny u łuszczycowych pod wpływem pyroterapji. Dr. Neumark (Łódź) opisał przypadek własny choroby Oslera *(teleangiectasia haemorrhagica hereditaria)*. Dr. Kwiatkowski i Dr. Woringer (Lwów-Strasburg) omówili *histiocytoma* skóry. Dr. Ryll-Nardzewski (Wilno) podał przyczynek do etjologji łupieżu Dévergie-Besnier. Dr. Raszkes (Warszawa) wygłosił referat w sprawie *lichen nitidus*. Dr. Füllenbaum (Lwów) przedstawiła swe spostrzeżenia dotyczące patogenezy, kliniki i leczenia rumienia obrączkowego, odśrodkowego Dariera. Dr. Engelkreis (Lwów) zdał sprawę z leczenia chorób skórnych promieniami granicznemi Bucky'ego.

Na tem Zjazd zamknięto i uchwalono wziąć udział w Zjeździe Przyrodników i Lekarzy w roku 1933 w Poznaniu.

*Dr. Klemens Kauczyński,* sekretarz generalny Zjazdu.

---

## BIBLJOGRAFJA.

### Artykuły oryginalne w czasopismach.

### Piśmiennictwo polskie.

*Nowiny Psychjatryczne.* Kwartał III i IV. r. 1932. W. Odyniec: Samobójstwo młodzieży szkolnej. — A. Wirszubski: Ocena krytyczna nauki Freuda. — J. Dretler: W sprawie zespołów paranoidalnych w przebiegu nagminnego zapalenia mózgu. — S. Świerczek: Leczenie gardenalowe stanów manjakalnych i depresyjnych. — S. Kaiserówna: Doświadczenia lecznicze z propidonem. — S. Świerczek i S. Kaiserówna: O leczeniu epilepsji. — J. Gallus: Serologja a choroby psychiczne.

*Wiadomości Lekarskie.* Nr. 12. 1932. J. Heller i W. Mozołowski: O rozmieszczeniu kwasu moczowego pomiędzy krwinki i osocze. — M. Muzyka i F. Lillowa: Sprawa związku pomiędzy szybkością opadania krwinek a grupami krwi. — W. Lewiński: Destylacja izotermiczna amonjaku. — L. Fleck i G. Dickmannowa: Hemolizyna żabia dla krwinek baranich. — R. Minczeles: Badania nad azotem niebiałkowym śliny ludzkiej. — L. Fleck: Nasze próby hemokultury gruźlicy według Löwensteina. — Fried-Seemannowa: O składnikach mineralnych wilczomleczka.

*Therapia Nova.* Nr. 11. 1932. J. Polak: O leczeniu ischiasu. — N. Szyk: Symptomatologja hematologiczna niedomogi szpiku kostnego. — M. Peker: Znaczenie używek a w szczególności czekolady w dietetyce chorych na cukrzycę.

*Wiedza Lekarska.* Nr. 11. 1932. F. Sienicki: Rwa kulszowa.

*Przegląd Dentystyczny.* Nr. 9. 1932. J. Jarząb: Zewnętrznoustna metoda znieczulania przy szczękościskach i obrzękach okolicy podżuchwowej.

*Przegląd Weterynaryjny.* Nr. 12. 1932. J. Z. Maass: Badania nad eozynofilją krwi u świń przy włośnicy. — K. Szczudłowski: Ulepszenie haka porodowego. — S. Jakubowski: Dzieje podkowy na ziemiach polskich.

*Wiadomości Weterynaryjne.* Nr. 149, 1932. Kulczycki J.: Kruszenie kamieni pęcherzowych u koni. — Gutowski B.: Z badań nad płcią i hormonami płciowemi.

---

## OCENY.

*Les tumeurs des os.* J. SABRAZES, G. JEAUNENCY, R. MATHEY-CORNAT. Masson. Paris 1932. Str. 437, rys. 167, cena 80 fr.

Książka ta jest wynikiem współpracy specjalistów w zakresie nowotworów z ośrodka przeciwrakowego w *Bordeaux* i to w dziedzinach chirurgji i radjologji; jest to zespół konieczny przy nowoczesnem traktowaniu tego tematu. Wiele kłopotu sprawiała autorom systematyka guzów kości. Rozwiązali ją w ten sposób, że guzy dobrotliwe skupili w I. części, guzy o niewątpliwych cechach złośliwych zgrupowali w części III. W części II. omawiają trzy morfologiczne grupy schorzeń kości: guzy o komórkach olbrzymich, torbiele, zwłóknienie kości. Autorowie wybrali ten podział ze względów praktycznych, zaznaczając, że z punktu widzenia patologji nie da się utrzymać; wszystkie te formy mogą być różnemi postaciami jednego schorzenia. Choroby Pageta autorowie nie omawiają, mimo że wielu innych stara się ją oddzielić od zwłóknienia kości Recklinghausena. Ze względu na dobrotliwość tych guzów radzą autorowie dokładne wyłyżeczkowanie; podnoszą korzystny wpływ naświetlania, zwłaszcza w formach rozsianych, niedostępnych dla chirurga; zestawiają przypadki zwłóknienia kości leczone przez wycięcie guza przytarczycy.

Rokowanie we wszystkich postaciach mięsaków uważają autorowie w ostatecznym wyniku za złe. Ze względu na duże trudności rozpoznawcze doradzają wycięcie skrawka próbnego z właściwej

masy guza; tylko przy mięsakach okostnowych obawiają się tego zabiegu, który może pogorszyć odrazu charakter nowotworu. Wszelkie zabiegi lecznicze dotychczasowe przy właściwych mięsakach kostnych *(sarcomes ostéogéniques)* uważają za bezskuteczne. Mięsaki Ewinga z tkanki układu siateczkowo-śródbłonkowego szpiku ustępują łatwo pod promieniami Roentgena i radu, to też zabieg chirurgiczny nie jest tu wskazany; z reguły jednak powstają przerzuty i nawrót. Podobnie zachowują się mięsaki szpikowe, choć mniej złośliwe. Najmniej złośliwe są mięsaki okostnowe *(fibro-sarcomes périostiques)*; autorowie doradzają doszczętne ich usuwanie połączone z naświetlaniem.

Forma zewnętrza książki nie stoi na wysokości zwykłych wydawnictw Massona. Zdjęcia rentgenowskie wypadły nieostro tak, że lepiej orjentują dobre półschematyczne rysunki umieszczone po każdem zdjęciu; lepiej było nieraz zrezygnować ze słabej pod względem technicznym reprodukcji zdjęć na korzyść tych rysunków. Mikrofotografje często zamazane pozostawiają wiele do życzenia.

Autorowie opracowali materjał bardzo sumiennie; wiele miejsca poświęcili rozpoznaniu i leczeniu przy pomocy promieni; wskazują często na liczne braki w obecnym stanie wiedzy o nowotworach kości tak w zakresie kliniki jak i patologji. Spodziewają się lepszych wyników leczniczych po postępach techniki naświetlań w miarę rozwoju nauki o patogenezie nowotworów. Kończą pracę wyczerpującem zestawieniem piśmiennictwa, o 996 pozycjach.

*W. Czyżewski* (Lwów).

*Les troubles du sommeil. Hypersomnies, Insomnies, Parasomnies.* HENRI ROGER. Paris Masson et Cie. 1932. Str. 206.

Dobra książeczka przeznaczona dla lekarza praktyka obejmuje całość zagadnienia snu, zaburzeń snu i ich leczenia. Cały materjał jest podzielony na cztery rozdziały: o śnie prawidłowym, bezsenności, senności nadmiernej i zaburzeniach ściśle związanych ze snem. Część teoretyczna jest — z natury rzeczy — najobfitsza w części pierwszej, gdzie autor po omówieniu zjawisk występujących przy śnie normalnym (aż do chronaksji włącznie) przedstawia krótko ale b. jasno liczne teorje tłumaczące powstawanie snu i dane doświadczalne pozwalające na określenie, które części układu nerwowego odgrywają rolę w mechaniźmie snu. Trzy pozostałe rozdziały — o bezsenności, senności nadmiernej i t. zw. *„parasomnies"* — to opisy kliniczne i terapja zaburzeń snu. We śnie odróżnia autor trzy składniki wzgl. — jak je nazywa — rodzaje: sen wegetatywny, mózgowo-rdzeniowy i psychiczny. Podawszy uzasadnienie tego podziału w części pierwszej konsekwentnie przeprowadza go w opisach klinicznych i terapji. Dzięki temu poszczególne zjawiska znajdując swe oświetlenie z różnych stron stają się pełniejsze, jaśniejsze i łatwiejsze do zapamiętania. Grupowy opis środków nasennych z uwzględnieniem ich budowy chemicznej ułatwia lekarzowi zorjentowanie się wśród masy narkotyków i *sedativów*, których ilość wzrasta z dnia na dzień mimo, że przeważna ich część ma działanie identyczne niemal z dawniej istniejącemi. Wiedząc, do której grupy zaliczyć dany środek nasenny, lekarz potrafi celowo zastosować go w określonym przypadku bezsenności. Zaletą książeczki jest i to, że obejmuje całość zagadnienia aż do drobnych klinicznie zjawisk, które, mimo że są objawami niezbyt ważnemi, zmuszają jednak praktyka do określonego ustosunkowania się. Te w zasadzie mniej ważne zaburzenia jak *pavor nocturnus*, sny koszmarne, wzdrygania się przed zaśnięciem, zgrzytanie zębami, nocne kurcze łydek i t. d. są ujęte w oddzielną grupę t. zw. *„parasomnies"*. Zapoznanie się z tą grupą zjawisk ułatwi lekarzowi postawienie rozpoznania, a usunięcie takiego przykrego objawu wzmoże zaufanie pacjenta. Umieszczony na końcu alfabetyczny indeks umożliwia doraźne korzystanie z tej pożytecznej książeczki.

*Dr. St. Mozołowski* (Warszawa).

---

## PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

### Patologja.

*Badania eksperymentalne na zwierzętach i kliniczne nad hormonem kory nadnercza.* S. LOEWE, L. MARX, F. ROTHSCHILD, H. E. VOSS i A. BURESCH. Klin. Wschr. Nr. 7, 1932.

Punktem wyjścia w poszukiwaniu za czynnemi ciałami hormonalnemi kory nadnercza były kliniczne doświadczenia, dotyczące związku między korą nadnercza a wirilizmem osobników żeńskich. Te doświadczenia kliniczne dały podstawę dla hipotezy, według której hormon kory nadnercza może powodować rozwój pełny szczątkowych, a raczej w cofaniu znajdujących się, męskich zawiązków ustroju kobiecego. Specjalnie chodzi w badaniach omawianych o szczątki stercza aparatu rodnego kobiecego u samicy szczura, mianowicie o wpływ na niego wprowadzonego hormonu kory nadnercza. Autorowie przekonali się na wstępie o częstości zachodzenia tego szczątkowego stercza u szczurzyc.

Autorowie wykonali doświadczenia na 157 zwierzętach i przekonali się że u 11% zwierząt nietraktowanych hormonem stwierdza się wykształcony stercz, natomiast u zwierząt, którym możliwie wcześnie po urodzeniu wprowadzono hormon, wykształcony stercz stwierdzano u 40% zwierząt. W przygotowaniu hormonu, a raczej jego otrzymaniu, autorowie wychodzili z zapatrywania istnienia jakiegoś ogólnego związku między właściwym hormonem gruczołu płciowego a umęźczyźniającym hormonem kory nadnercza — za istnieniem tego związku przemawiają liczne spostrzeżenia. Na podstawie rozumowania autorowie doszli do wniosku, że ów hormon umęźczyźniający posiada podobne chemiczne właściwości, co hormony sterynowe gruczołu płciowego. Autorowie w trojaki sposób przygotowywali ową korę nadnercza, użytą do swych doświadczeń: 1) wszczepianie, wstrzykiwanie miazgi lub karmienie korą; wprowadzanie jednak w tej postaci hormonu ma wiele stron ujemnych. 2) Wprowadzanie surowych rozczynów wodnych kory, 3) wreszcie wprowadzenie w specjalny sposób przygotowanej, wyosobnionej „androkininy". Ta grupa obejmuje kilka w różny sposób otrzymanych wyciągów lipoidowych z kory nadnercza.

Otóż stosowanie tych preparatów powodowało silniejszy rozwój i wykształcenie stercza w stopniu różnym i w różnej procentowo liczbie zwierząt.

Autorowie nie spostrzegali jednak jakiegoś wpływu hormonu wprowadzonego na łechtaczkę, na powiększenie ciał jamistych lub na części płciowe zewnętrzne. Nie miał też wpływu na ciałko żółte. Badanie hormonu na zawartość adrenaliny dało wynik prawie ujemny (minimalna zawartość). Natomiast koty pozbawione nadnerczy wprowadzenie hormonu utrzymywało przy życiu. Autorzy zastosowali w 3 przypadkach choroby Addisona podskórne lub śródżylne wprowadzenie preparatu, otrzymanego ze świni (F) z wynikiem dodatnim.

*Nowicki* (Lwów).

*Wpływ przecięcia unerwienia nadnerczy na cukrzycę.* A. CIMINATA. Klin. Wschr. Nr. 4, 1932.

Autor podaje wyniki swych doświadczeń z odnerwianiem operacyjnem nadnerczy, jako sposobem leczniczym w cukrzycy. Doświadczenia swe wykonywał on na psach, u których najpierw operacyjnie usuwał trzustkę i wywoływał cukrzycę trzustkową, a następnie w pewien czas, t. j. w kilka miesięcy, przecinał nerwy nadnerczowe po obu stronach. Nerwy te odchodzą od nerwu trzewnego *(n. splanchnicus)* i zwoju trzewnego *(ganglion coeliacum)*. Po tym drugim zabiegu znikał cukier w moczu, hipoglikemja i wychudzenie, nawet przy obfitszem podawaniu węglowodanów. W ten sposób pies cukrzycowy został wyleczony z cukrzycy, która też nie powracała mimo niezachowania diety i mimo niewstrzykiwania insuliny. Autor omawia w krótkości teorje, dotyczące cukrzycy, a więc Minkowskiego o mniejszem zużywaniu cukru przez tkanki, Noordena o zwiększonej produkcji cukru przez wątrobę, teorję Falty o mniejszej *aviditas* do cukru wszystkich komórek ustroju. Wpływ czynników nerwowych na regulację węglowodanów datuje się już od czasu Claude-Bernarda, t. j. jego ukłucia. Niewątpliwie w tej regulacji mają znaczenie z jednej strony wpływy układu wegetatywnego, z drugiej strony wydzielanie wkrewne. Co do ostatniego — to wchodzą tu w rachubę trzustka i nadnercza, prawdopodobnie ma tu także pewne znaczenie przysadka mózgowa i tarczyca. Te wpływy obu rodzajów, t. j. nerwowy i wkrewny są ze sobą ściśle związane. Zuelzer wykazał istnienie antagonizmu między insuliną i adrenaliną. Równoczesne wycięcie trzustki i nadnerczy zapobiega cukrzycy. Przecinanie nerwów we wnęce wątroby obniżało procesy glikolityczne wątroby. Mimo obniżania poziomu cukru, np. po wycięciu półkul mózgowych, szereg spostrzeżeń zdaje się jednak przemawiać za tem, że wpływy nerwowe na zachowanie się przemiany węglowodanów idą przez nadnercza. Znieczulanie nerwu trzewnego *(n. splanchnicus)*, robione przez Stillinga, miało wpływ na zachowanie się cukru we krwi. Tak samo ergotamina, która wpływa hamująco na nerw współczulny, obniża poziom cukru we krwi. Jeżeli zatem chodzi o mechanizm leczenia eksperymentalnego cukrzycy trzustkowej, to musimy powiedzieć, że odnerwienie nadnerczy wpływa na zmniejszenie wydzielania adrenaliny, a nadto ma ono wpływ reflektoryczny na wątrobę i tkanki cukier zawierające.

Znaczenie lecznicze odnerwienia nadnerczy na cukrzycę potwierdził autorowi przypadek, spostrzegany u kobiety z ciężką cukrzycą i nawet charłactwem, w którym nastąpiła wybitna poprawa.

*Nowicki* (Lwów).

*O wpływie adrenaliny na poziom jodu we krwi.* A. SCHITTENHELM i B. EISLER. Klin. Wschr. Nr. 1. 1932.

W badaniach swoich nad związkiem między zawartością jodu we krwi a czynnością narządów, zajęli się autorowie adrenaliną. Mianowicie po poprzedniem oznaczeniu jodu we krwi, wprowadzili oni dożylnie 0.005 mg adrenaliny i następnie badali krew na zawartość jodu w 30 sekund, w 50 minut, godzinie i 24 godzin później. Wyniki otrzymane autorowie ujmują w 2 grupy: Pierwszy typ: U ludzi prawidłowych, t. j. z prawidłowym poziomem jodu we krwi, u chorych z obrzękiem śluzowatym i obniżonym poziomem jodu i u osobników wegetatywnie stygmatyzowanych z prawidłowym lub nieco podniesionym poziomem jodu we krwi stwierdzali podniesienie się nagłe jodu we krwi po wprowadzeniu adrenaliny. Maximum zachodzi w 30 sekund po podaniu adrenaliny, po 24 godzinach jod wraca do stanu pierwotnego. Szczególne zainteresowanie przedstawia przebieg reakcji u chorych z obrzękiem śluzowatym. Należy tu przyjąć, że albo tarczyca jest jeszcze w stanie uruchomić jod mimo swego stanu hipofunkcji albo że inny narząd lub ich systemy oddziaływują pod wpływem adrenaliny podobnie jak tarczyca u ludzi zdrowych.

Drugi typ oddziaływania na adrenalinę obejmuje chorych z podwyższonym poziomem jodu we krwi, a więc chorych z Basedowem. Poziom jodu we krwi spada u nich po wprowadzeniu adrenaliny. Wytłumaczenie tego faktu jest trudne. Możnaby teoretycznie wnioskować, że u osobników prawidłowych i z obrzękiem śluzowatym dożylne wprowadzenie adrenaliny działa sympatykomimetycznie, u basedowców parasympatykomimetycznie.

*Nowicki* (Lwów).

*Wpływ nadnerczy na regulację ciśnienia tętniczego.* A. BIASOTTI. Revue Sud-Americ. 1931, Nr. 2, str. 9.

Usunięcie jedno- lub obustronne nerwu współczulnego brzusznego wraz z równoczesnem przecięciem n. trzewnego większego i mniejszego nie wywołuje zmian w zachowaniu się ciśnienia tętniczego. Również usunięcie jednego nadnercza nie zmienia ciśnienia tętniczego. Natomiast wycięcie obu nadnerczy wywołuje postępujący spadek ciśnienia tętniczego w przypadkach, w których szybko następuje śmierć operowanego zwierzęcia (w ciągu 40—60 godzin). Jeśli zwierzę żyje dłużej (110 godzin), utrzymuje się ciśnienie po chwilowym, początkowym spadku na równej wysokości. Po usunięciu jednego nadnercza oraz substancji rdzeniowej drugiego, obniża się ciśnienie o 3—4 cm Hg, by w krótkim czasie zpowrotem wzróść i po 20—30 dniach osiągnąć pierwotną wysokość. Zwierzęta, pozbawione substancji rdzeniowej z ciśnieniem prawidłowem wykazują po upuście krwi w ilości 1.5% ich wagi, o wiele silniejszy i dłużej utrzymujący się spadek ciśnienia, aniżeli zwierzęta kontrolne. Usunięcie substancji rdzeniowej wywołuje niedomogę naczynio-ruchową oraz hipotensję. Po usunięciu nerwu współczulnego brzusznego i substancji rdzeniowej nadnerczy obniża się początkowo ciśnienie tętnicze, lecz po pewnym czasie wraca do pierwotnej wysokości.

*Ungar* (Lwów).

## Choroby wewnętrzne, nerwowe i dziecięce.

*Duszność.* GOLDSCHEIDER. Med. Klin. Nr. 4, 1932.

Duszność jest stanem wzmożonej reakcji ośrodków oddechowych, połączonym niekiedy z ich niewydolnością. W dychawicy oskrzelowej istnieje konstytucjonalne uczulenie na pewne substancje. Przyczynami wywołania ataku duszności mogą być zaburzenia w trawieniu *(meteorismus:* t. zw. *asthma dyspepticum)* wysięki otrzewnowe, powiększenie śledziony, wątroby, ciąża, dając formę *asthma abdominale.* Również stany podniecenia nerwowego mogą dawać ataki duszności *(asthma nervosum).* Poza tem przy każdej innej postaci dusznicy czynnik nerwowy może się stać momentem wywołującym napad dychawicy. W leczeniu dychawicy sposób odżywiania odgrywa ważną rolę ze względu na możliwość wprowadzenia w pokarmach substancji uczulającej ustrój. Jako przyczynę nocnych ataków dychawicy uważa przeżycia psychiczne danego dnia.

*Godłowski* (Kraków).

*Niedodma płuca przy schorzeniach płuc.* H. C. JAKOBAEUS. Med. Klin. Nr. 20, 1932.

Niedodmą płuca nazywamy stan bezpowietrzności płuca spowodowany albo wprowadzonym z zewnątrz dla celów leczniczych gazem lub płynem do jamy opłucnej lub spowodowany sprawami chorobowemi toczącemi się w samym miąższu płucnym i temi stanami autor się zajmuje. Przyczyny mogą być: wprowadzenie środków kontrastowych do oskrzeli dla celów diagnostycznych (lipjodol), krwotok płucny z zatkaniem pewnych oskrzeli, zapalenie płuc lub oskrzeli powodujące wskutek wydzielania zapalnego zatkanie ich drożności i w tych przypadkach mamy do czynienia z ostrą niedodmą płuca. Rostrzenie oskrzelowe, przez ucisk na otoczenie, procesy gruźlicze włókniste ze skłonnością do zaciągnięć, nowotwory płuca czy oskrzeli, są to sprawy dające chroniczną niedodmę płuca. Klinicznie obraz ostrej niedodmy płuc przedstawia się w formie duszności, powierzchownego oddechu, kłucia w boku, wypukiem lekko przytłumionym, szmerami oddechowemi, osłabionemi lub zniesionemi. Przy przewlekłej niedodmie występuje lite stłumienie, zniesienie szmerów oddechowych, wahadłowe ruchy serca i śródpiersia, zapadnięcie się chorej połowy klatki piersiowej, podniesienie się przepony po stronie chorej.

*Godłowski* (Kraków).

*Rozstrzenie oskrzeli u dorosłych a bronchografja.* Dr. KRIVINKA. Praktický Lekař, z. 11. 1932.

Według Brauera rozstrzeń oskrzela nie jest samodzielną jednostką chorobową, tylko końcowym okresem rozmaitych chorób, jak np. jama pod pewnym względem jest końcowym okresem gruźlicy. *Bronchiectasiae* są wrodzone i nabyte. Nabyte są następstwami przewlekłych nieżytów oskrzeli, płuc i opłucnej, bądź pierwotnych, bądź wtórnych po kokluszu, odrze, grypie lub połknięciu ciał obcych. Wielkie znaczenie dla powstania rozstrzeni posiadają: gruźlica, kiła i rak. W przypadkach autora wywiady wykazywały grypę lub zapalenie płuc. Rozstrzenie zajmują wszystkie płaty. Położone w płatach górnych sprawiają choremu mniej dolegliwości, aniżeli położone w częściach dolnych płuc.

Rozstrzenie posiadają wiele wspólnych cech z gruźlicą, i z tego powodu przy mniej szczegółowem badaniu zamienia się je z gruźlicą. Rozwijają się zwolna, zmieniają się okresy spokoju z okresami nieżytowemi, którym towarzyszy podwyższona ciepłota. Kaszel bywa bardzo oporny i męczy bardzo chorego, zwłaszcza rano. Wykrztuszanie plwociny bywa rozmaite, często nie wypluwa się nic, w innym okresie wykasłuje olbrzymią ilość plwociny, która niekiedy jest czysto ropna, cuchnąca. Krwotoki występują prawie w 50% przypadków, przeważnie w postaciach suchych. Badanie fizykalne przedstawia obraz również bardzo rozmaity. Niekiedy słyszymy tylko nieliczne drobnobańkowe rzężenia, w innych przypadkach typowe objawy jamowe, które naprowadzić mogą na błędną drogę rozpoznania gruźlicy. Uderzającym jest przeważnie dobry stan ogólny chorego. Rozstrzenie występują u dorosłych w dwóch postaciach klinicznych. Pierwsza z obfitem wykrztuszaniem oraz z objawami, jakie opisał Laennec; druga postać jest sucha, połączona z krwiopluciem, którą opisali Bezançon i Azonlay. Te suche rozstrzenie są równocześnie „niememi", jedynie w okresie krwioplucia występują przejściowe objawy przysłuchowe. Do rozpoznawania rozstrzeni płuc nie wystarcza samo zdjęcie rentgenologiczne, gdyż *bronchiectasiae* same nie dają żadnych objawów. Jedynie bronchografja pozwala nam poznać szczegółowo obraz rozstrzeni, choroby — zdaniem autora — stosunkowo częstej, lecz rzadko rozpoznawanej. Autor używa jodypiny. Przeciwwskazania tworzą: *hyperthyreoidismus,* przewrażliwość na jod, ciężki stan ogólny, obfite krwotoki, gruźlica z gorączką, duszność i daleko posunięte wady serca.

*Ungar* (Lwów).

*Gruźlica a dziedziczność.* ROEDER. Med. Klin. Nr. 20, 1932.

Proces gruźliczy czynny jako schorzenie wyniszczające ustrój prowadzi do gorszego odżywiania wszystkich komórek ustroju, a więc także plemników i jaj. Płody powstałe z owych wyniszczonych i gorzej odżywionych komórek zarodkowych stają się mniej wartościowe i nieodporne na zakażenie. Dlatego w celach eugenicznych należy bezwzględnie odradzać osobom z postacią czynną gruźlicy zawierania małżeństw i to nietylko osobom obciążonym rodzinnie gruźlicą, lecz także w przypadkach gruźlicy nabytej.

*Godłowski* (Kraków).

*Doświadczenia biologiczne nad oznaczeniem siły środków wykrztuśnych.* E. HESSE, H. MUELLER, R. NAGEL. Med. Klin. Nr. 5, 1932.

Dla tych celów nadaje się z zwierząt laboratoryjnych pies, mniej królik. Do rozgałęzień oskrzelowych wprowadza się psu papkę siarczanu baru, następnie przez podanie zwierzęciu środków wykrztuśnych powodujemy wykrztuszanie owego ciała, o ile ów środek działa. Tym sposobem oznaczono działanie środków jak: *Rad. quillaiae, Extr. Primulae fluidum, Intin'y,* keptanu, beantyny, substancyj posiadających saponiny, chlorek amonowy, sulfogwajakolan potasowy.

*Godłowski* (Kraków).

*Rozedma płuc zatykowa i uboczne oddechanie.* VAN ALLEN. Surg., Gyn. a. Obst. wrzesień 1932.

Autor opisuje powstawanie, objawy, diagnozę i leczenie rozedmy płucnej powstałej po zatkaniu oskrzela. We wszystkich znanych dotychczas przypadkach rozedma obejmowała cały płat. Autor omawia doświadczenia swoje nad rozedmą tego rodzaju sztucznie

wywołaną u zwierząt i wyjaśnia znaczenie t. zw. oddechania ubocznego. Chodzi tu mianowicie o połączenia pomiędzy oskrzelikami i pęcherzykami jednego płatu. *Michałowski* (Lwów).

*O t. zw. nacieczeniach okołoogniskowych w płucu.* J. BERMAN. Warsz. Czas. Lek. 1932.

Autor wychodzi od t. zw. epituberkulozy Eliasberg i Neulanda, jako prototypu nacieczeń okołoogniskowych. Kreśli pokrótce obraz kliniczny tego schorzenia. Wskazuje na trudności ustalenia obrazu anatomopatologicznego oraz na sporne zagadnienia tyczące patogenezy, ujmując owe wszystkie wątpliwości w trzy zasadnicze kwestje: Czy chodzi tu o wytworzenie swoistej tkanki gruźliczej, czy tkanki nieswoistej, czy też to, co nazywamy naciekiem nie jest w tym wypadku tylko niedodmą, powstałą przez ucisk gruczołów na oskrzela. Omawia również obrazy rentgenologiczne oraz rokowanie schorzenia. *N. N.* (Lwów).

### Chirurgja, położnictwo i ginekologja, stomatologja.

*Działanie światła słonecznego w chirurgji.* CORRIGAN, BRUKALIK. Surg., Gyn. a. Obst. wrzesień 1932.

Pracując jako chirurg w Ameryce Połudn. w okolicach b. gorących, autor miał sposobność stwierdzić korzystne działanie promieni słonecznych na gojenie się ran. Polega ono na wyjałowieniu powierzchni rannej. Autor poleca lampę konstrukcji Dr. Matt. Luckiesh'a, której działanie jest zupełnie zbliżone do działania światła słonecznego, a posługiwanie się nią bardzo proste. *Michałowski* (Lwów).

*Znieczulenie rdzeniowe segmentarne.* MARTIN KIRSCHNER. Surg., Gyn. a. Obst. wrzesień 1932.

Ujemną stroną stosowanej dotychczas metody znieczulania rdzeniowego była możliwość zbyt wysokiej dyfuzji środka znieczulającego i porażenia ośrodka oddechowego. Autor podaje nową metodę, która polega na tem, że środek znieczulający wstrzykuje się w postaci płynu o innym ciężarze gatunkowym niż płyn mózgowo-rdzeniowy i nie mieszający się z tym płynem. Środek znieczulający umiejscowić można w odpowiedniej wysokości rdzenia, czyli znieczulenie umiejscowić tylko w dowolnych odcinkach. Technicznie rzecz polega na wstrzyknięciu pod oponę powietrza, które dzięki odpowiedniemu ułożeniu pacjenta umiejscowić można w obwodowym końcu worka rdzeniowego. Potem dopiero wstrzykuje się płyn znieczulający, który ustala się pomiędzy warstwą powietrza, a płynem mózgowo-rdzeniowym. W zależności od ilości doprowadzonego powietrza, warstwa płynu znieczulającego podniesie się i zetknie z wyżej lub niżej położonemi korzonkami. Metoda wymaga specjalnej aparatury i wyszkolenia, pozwala jednak na indywidualne dawkowanie środka. Niebezpieczeństwa dyfuzji i porażenia ośrodków niema. Autor używał tej metody w 700 przypadkach. *Michałowski* (Lwów).

*Badania nad znieczulaniem podpajęczynówkowem.* COTUI, STANDARD. Surg., Gyn. a. Obst. wrzesień 1932.

Prokaina wstrzyknięta w odpowiedniem stężeniu do *cysterna magna,* powoduje porażenie ośrodków oddechowego i naczynioruchowego. W tym przypadku zastosować należy sztuczne oddechanie i dożylne wstrzyknięcie efedryny. Amytal sodu powoduje zmniejszenie odporności ośrodków na prokainę. *Michałowski* (Lwów).

*Elektrohemostatis zamiast podwiązywania naczyń.* HUGH H. YOUNG. Surg., Gyn. and Obst. lipiec 1932.

Autor omawia dodatnie strony przy stosowaniu w chirurgji prądu elektrycznego o wysokiej częstotliwości. Zajmuje się głównie sprawą tamowania krwawienia. Przedstawienie prostego i praktycznego aparatu umożliwiającego samemu operatorowi regulację natężenia prądu. *Michałowski* (Lwów).

*Sposób wytwórczego odtworzenia przewodu żółciowego wspólnego.* SCHRAGER, IVY, MORGAN. Surg., Gyn. a. Obst. 1932, LIV/4.

Autorowie tworzą przewód sztuczny długości około 5 cm z błony śluzowej i podśluzówki przedniej ściany żołądka, który to przewód łączą z przewodem żółciowym wspólnym, wątrobowym lub pęcherzykiem żółciowym. Zabieg przez nich proponowany ma te właściwości: 1) że odtworzenie przewodu jest w kształcie rury, pokrytej nabłonkiem, 2) że w miejscu połączenia istnieje nabłonek, 3) że tkanka użyta do tego celu jest odporna biologicznie na działanie żółci, 4) że istnieje możność operacyjnego utworzenia mechanizmu zwierająco-zastawkowego, utrudniającego zakażenie od strony przewodu pokarmowego, 5) że w podanym przez autorów sposobie można uwzględnić skośne przejście przez ścianę żołądka.

Opis zabiegu w krótkości przedstawia się następująco: odźwiernik zostaje ujęty między dwa zaciskadła, następnie przednia jego ściana nacięta od krzywizny małej ku dużej, śluzówka i podśluzówka oddzielona i wycięta w kształcie czworokątnego płata o podstawie zwróconej ku krzywiźnie małej. Płat się unosi, układa na nim cewnik, na którym się płat zszywa w rurę, a ubytek w ścianie żołądka zamyka kilkoma szwami. Do wytworzonego w ten sposób sztucznego przewodu z ściany żołądka wszczepia się przewód żółciowy. *Janik* (Iwonicz).

*Przedstawienie w obrazie rentgenowskim pooperacyjnych przeszkód w drogach żółciowych.* KUTHE. Med. Kl. Nr. 48.

Opisuje przypadek wycięcia pęcherzyka żółciowego u 65-letniej kobiety. Mimo zupełnej drożności przewodu wspólnego w czasie zabiegu, w 6 dni później powstała przetoka żółciowa, przez którą wylewała się cała żółć. Przetokę wypełniono jodypiną przez cienki cewnik i stwierdzono na zdjęciu rentgenowskiem przeszkodę w przewodzie wspólnym, która po powtórnym zabiegu okazała się kamieniem. Po wyjęciu kamienia zupełne wyleczenie. *K. Czyżewski* (Lwów).

*Nowe zapatrywania w leczeniu schorzeń żołądka.* WALTMANN WALTERS. Surg., Gyn. a. Obst. wrzesień 1932.

Autor zwraca przedewszystkiem uwagę na wielką rozbieżność zdań co do sposobu leczenia chirurgicznego wrzodu żołądka. Istnieje różnica w postaciach anatomicznych wrzodów występujących w różnych krajach. W Niemczech, w Austrji i na Węgrzech spotyka się częściej liczne wrzody drobniejsze rozsiane w jamie odźwiernikowej *(antrum)* i w dwunastnicy. W tych właśnie przypadkach resekcja jest operacją z wyboru. Natomiast w Ameryce częstsze są pojedyncze rozległe wrzody, przy których metody operacyjne konserwatywne dają dobre i trwałe wyniki.

W przypadkach raka żołądka, autor jest zwolennikiem resekcji typu Billroth I. Omawia dalej 5 przypadków zupełnego wycięcia żołądka z materjału kliniki braci Mayo. Jeden z tych pacjentów operowany przez W. J. Mayo żył prawie 4 lata po operacji, inni dwaj ponad 2 lata. *Michałowski* (Lwów).

*Rozpoznany odosobniony ropień przerzutowy wątroby drogą krwi tętniczej.* L. SUSSI. Med. Klin. Nr. 18, 1932.

U osobnika młodego bezpośrednio po wyleczeniu dwu czyraków na szyi, wystąpiły po pewnym czasie ogólne objawy w postaci gorączki, dreszczy, leukocytozy, miejscowo zaś powiększenia wątroby, jej tkliwości, lekkich objawów otrzewnowych. Wykonano laparotomję w znieczuleniu miejscowem, a po otwarciu jamy brzusznej stwierdzono wypuklenie na wątrobie, z którego nakłuciem wydobyto ropę gronkowcową. Ropień wydrenowano, zejście choroby zakończyło się przez wyleczenie. Autor przyjmuje tu przerzut ropny drogą krwi tętniczej z czyraka dlatego, ponieważ z jednej strony w zakresie żyły wrotnej żadnych schorzeń nie znaleziono, a z drugiej nie stwierdzono obj. wstecznego zatoru, zakażenego drogą przez żyłę czczą dolną z zakrzepów żył szyjnych, co nie mogłoby ujść obserwacji nawet samego chorego ze względu na ciężkość towarzyszących objawów. *Godłowski* (Kraków).

*Zarośnięcie kiszki w następstwie jej zapalenia wrzodziejącego.* K. NEUBUERGE. Klin. Wschr. Nr. 5, 1932.

Autor podnosi rzadkość zupełnego zarośnięcia odcinka kiszki; może ono nastąpić wskutek przewlekłego wrzodziejącego zapalenia i przy równoczesnem założeniu odbytu sztucznego. Autor przytacza sekcjonowany przypadek kobiety 50-letniej ze schizofrenją i z objawami od kilku lat biegunek krwawych, cuchnących z przejściowemi polepszeniami i wkońcu po 5 latach objawami niedrożności, wskutek czego wykonano *coecostomje,* po której znaczne polepszenie. W 14 miesięcy później nagłe objawy niedrożności, z przetoki kałowej nie wydobywa się treść. W 3 dni później *exitus.* Sekcja wykazała zupełne zarośnięcie części esicy z następstwami powyżej niego. *Nowicki* (Lwów).

*Leczenie chirurgiczne colitis ulcerosa.* L. MOSSKOWICZ. Med. Klin. Nr. 13, 1932.

Rzadkie stosunkowo schorzenie *colitis ulcerosa* polega na powstaniu rozległych owrzodzeń w jelicie grubem, pomiędzy któremi wysepki błony śluzowej przerastają polipowato. Ropny i krwawy stolec, silne i bolesne parcie, wyniszczenie, biegunki, to są objawy kliniczne tego schorzenia. Jako leczenie poleca przetoczenie krwi, które ma działać powstrzymująco na krwotoki; miejscowo poleca zakładanie sztucznego odbytu, nawet lewostronnego, przepłókiwanie kiszki grubej odwarem z rumianku i stosowanie diety z wykluczeniem celulozy. *Godłowski* (Kraków).

*Zmiany w chrząstce stawu biodrowego.* SANTOS. Surg., Gyn. a. Obst. 1932. LIV/4.

Chrząstka stawu biodrowego podpada w następstwie śródstawowego złamania szyjki kości udowej pewnym zmianom zwyrodnienia, poczem rozwija się proces twórczy, dążący do wytworzenia nowej chrząstki. Przyczyniają się do tego komórki chrząstkowe pozostałe przy życiu, zwłaszcza z warstw głębiej leżących. Proces ten może być bardzo intensywny, ale przeważnie ogranicza się do powstania nieregularnych wysepek na powierzchni stawowej. Istnieje pewien stosunek między rozmiarami nowoutworzonej chrząstki a stopniem unaczynienia przyległych przestrzeni szpikowych. W przypadkach, w których główka kości udowej ulega martwicy w następstwie złamania, czynny proces twórczy komórek chrząstki nie ma miejsca. Jeśli więc głębiej leżące części chrząstki są bogate w unaczynienie, odtworzenie chrząstki i przyległych beleczek kostnych szybko postępuje, prowadząc wcześnie do zupełnej rekonstrukcji warstwy stawowej. Jeśli jednak unaczynienie jest skąpe, odtworzenie chrząstki nie wyrównuje braków wynikłych w następstwie procesów wchłonienia i zwyrodnienia, powstaje ubytek, który może być uzupełniony nową chrząstką wytworzoną przez *pannus*. Wyniki badań drobnowidowych autorów dadzą się streścić krótko: w następstwie zmian zwyrodnienia i resorbcji rozwija się czynny proces twórczy chrząstki od strony *pannus*, pokrywającego powierzchnię stawową i od strony pozostałych komórek chrząstkowych warstw głębiej leżących. Proces pierwszy bywa w rozmiarach ograniczony i może istnieć nawet na powierzchni stawowej martwiczej główki, proces drugi może być tak wybitny, że prowadzi do całkowitego uzupełnienia powierzchni stawowej.

*Janik* (Iwonicz).

*Ropnie nasady języka.* D. ZUBERBIER. Warsz. Czas. Lek. Nr. 14 i 15. 1932.

Uwagi swe opiera autor na 36 przypadkach obserwowanych w warszawskiej Klinice oto-laryngologicznej. Najczęstszą przyczyną pierwotnych ropni nasady języka bywa ostre zapalenie tkanki adenoidalnej — nagromadzonej w tej okolicy (migdałek językowy). Autor kreśli więc na wstępie kliniczny obraz owej *tonsillitis et peritonsillitis lingualis.* Dalej rozróżnia 2 postacie procesu ropnego nasady języka: 1) ropnie powierzchowne, położone tuż pod tkanką adenoidalną *(peritonsillitis lingualis purulenta)*, 2) duże, śródtkankowe, głębokie ogniska ropne nasady, — obejmujące niejednokrotnie i trzon języka. Omawia klinikę schorzenia i leczenie, które polega na zastrzyku propidonu, spunktowaniu ropnia i okładach ciepłych na podbródek i szyję. W sferę rozważań różniczkowych wchodziłyby zropiałe torbiele, rozległe ropowice nasady języka *(phlegmone basis linguae)* oraz ropnie dołków zajęzykowych. Autor podaje w krótkości najbardziej znamienne i wyróżniające cechy tych schorzeń. Wspomina również o przypadkach rzadkich ropni przewlekłych, powstających niepozornie, które zaznaczają się subjektywnie jedynie trudnością połykania. Pracę kończy opis kilku spostrzeganych przypadków.

*N. N.* (Lwów).

*Uchyłki pęcherza moczowego i przeszkody w zakresie szyi pęcherza.* WALTMAN WALTERS, STANFORD W. MULHOLLAND. Surg., Gyn. and Obst. lipiec 1932.

Autorowie zestawiają własne operowane przypadki w liczbie 30. Wkońcu artykułu dochodzą do wniosku, że leczenie operacyjne polegać powinno na usunięciu nietylko uchyłka lecz i przeszkody w zakresie szyi pęcherza.

*Michalowski* (Lwów).

---

## KOMUNIKATY ZAWODOWE.

Izba Lekarska we Lwowie.
L. 2144/32.

Lwów, 16. listopada 1932 r.

Do

*Szanownej Redakcji Polskiej Gazety Lekarskiej*

*we Lwowie.*

Upraszam o umieszczenie w łamach Szan. Czasopisma następującego artykułu:

Z artykułu drukowanego w Nr. 20. Nowin Społeczno-Lekarskich z r. 1932. pod tytułem „Wyjmowanie zębów a leczenie chorób jamy ustnej" pióra Prokuratora Sądu Najwyższego P. Stanisława Czerwińskiego podajemy do wiadomości Kolegów następujący ustęp:

W dniu 18. lutego 1925 r. przesłano do Sejmu projekt ustawy o wykonywaniu praktyki dentystycznej (Druk Sejmowy Nr. 1733.) bez motywów, który zawiera w odniesieniu do uprawnień techników dentystycznych i uprawnionych techników dentystycznych w art. 18-ym postanowienia analogiczne do przepisów art. 16 i 17. późniejszego rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 10. czerwca 1927 r. ze zmianami. Z zastąpienia jednak słowa „rękoczyny" słowem „zabiegi" a wyrażenia „których potrzebują do sporządzenia zębów sztucznych" wyrażeniem „wchodzących w zakres czynności, jakich potrzeba do sporządzenia zębów sztucznych i t. d.", oraz z dodania słowa „i plomb" nie można żadną miarą wysnuć wniosku, że obowiązujące rozporządzenie w stosunku do pierwotnego projektu ustawy sejmowej rozszerzyło zakres czynności uprawnionych techników dentystycznych upoważnieniem do wyjmowania zębów.

Nie przemawia zatem także opuszczenie proponowanego w sprawozdaniu Komisji Zdrowia Publicznego z dn. 18. grudnia 1925 r. (druk Sejmowy Nr. 2245.) ograniczenia „i z wyjątkiem zabiegów chirurgicznych", oznaczać to bowiem może tylko, iż uznano za wystarczające określenie omawianego ograniczenia słowami „z wyjątkiem leczenia chorób jamy ustnej", pod pojęcie którego podciągnąć wypada zabiegi chirurgiczne.

Z zestawienia brzmienia ostatnich słów art. 16 i 17. cytowanego rozporządzenia, określających ograniczenia uprawnień wymienionych tamże techników, wynika tylko, że uprawnionym technikom dentystycznym wolno w przeciwieństwie do techników dentystycznych wykonywać te zabiegi lekarsko-dentystyczne, które nie są leczeniem chorób jamy ustnej, a więc np. zakładanie plomb do zębów.

Odnośnie zaś do wyjaśnienia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych z dn. 6. maja 1930 r. zaznaczyć wypada, iż wyjaśnienie to może być uważane jedynie jako opinja władzy nadzorującej wykonywania praktyki dentystycznej, którą to opinję Sądy mogłyby uwzględnić przy stosowaniu odnośnych przepisów ustawy tylko o tyle, o ileby doszły do przekonania, że wyrażona w niej wykładnia odpowiada wyrażonej w ustawie woli ustawodawcy. Tego jednak znaczenia nie można w danym wypadku przypisać omawianej opinji, z powodów wyżej przedstawionych.

Okoliczność, że wedle rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dn. 10. czerwca 1927. r., przedmiotem egzaminów uprawnionych techników dentystycznych jest także nauka o wyjmowaniu zębów, nie może stanowić przyczyny do przyznania im uprawnienia do wyjmowania zębów. Okoliczność ta może bowiem mieć tylko to znaczenie, iż odnośna władza uznała za właściwe, aby technik wstawiający protezy i plomby był obznajomiony naukowo z całością przedmiotu w odniesieniu do ustroju uzębienia.

Zważyć także wypada, że skoro w pokrewnych dziedzinach służby zdrowia, jak w szpitalnictwie, w zawodzie aptekarskim, felczerskim, istnieje w dzisiejszych czasach tendencja do podwyższenia wymogów kwalifikacyjnych dla pełnienia poszczególnych funkcyj służby zdrowia, niema i z tego punktu widzenia podstawy do wykładni rozszerzającej omawiany przepis rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej o wykonywaniu praktyki dentystycznej i do przyznawania prawa wyjmowania zębów, a więc dokonywania bądź co bądź zabiegu chirurgicznego w jamie ustnej osobom, które ze względu na brak odpowiednich studjów lekarskich nie dają gwarancji, że zdołają zapobiec powstającym często przy wyjmowaniu zębów i korzeni chorobowym powikłaniom. Zresztą przyjąć należy, że o ileby ustawodawca chciał objawić w tym kierunku swą wolę, byłby niewątpliwie przy dość szczegółowem wyliczeniu w cyt. art. 17-ym poszczególnych zabiegów, do jakich są upoważnieni „uprawnieni technicy dentystyczni", nie pominął jednego z najważniejszych i najbardziej rozpowszechnionych w praktyce dentystycznej zabiegów, za jakie uznać należy wyjmowanie zębów i korzeni.

Nie można wreszcie rozstrzygnięcia omawianego zagadnienia związać w jakikolwiek sposób z rozróżnieniem celu, w imię którego ma być dokonana ekstrakcja zęba lub korzenia, w szczególności, czy nastąpić to ma w celu założenia protezy czy też wogóle w celu usunięcia zęba. Cel bowiem tych zabiegów nie ma istotnego znaczenia dla oceny samej istoty tego zabiegu chirurgicznego oraz jego charakteru.

Naczelnik Izby: *Dr. Pohorecki.*

---

## RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

### Lwowskie Towarzystwo Lekarskie.

Sprawozdanie z XXV. Posiedzenia naukowego dn. 21. X. 1932.

Przewodniczy: Kol. S. Ruff.

1) Odczytanie i przyjęcie protokółu poprzedniego posiedzenia.

2) Kol. Mączewski, czł. Twa, przedstawił: *Przypadek adenomyosis interna.* Pod nazwą *adenomyosis* rozumiemy jednostkę chorobową, która charakteryzuje się bujaniem błony śluzowej ma-

cicy w miejscach niezwykłych jako to: w mięśniu macicy, w przydatkach, na otrzewnej, miednicy małej, otrzewnej jelit, w pępku, w bliznach pooperacyjnych, w pęcherzu moczowym i t. d. Części składowe tych tworów są zazwyczaj następujące: Komórki błony śluzowej gruczołowej macicy, wyścielone jednowarstwowym nabłonkiem wałeczkowym, otoczone tak zwanemi komórkami cytogennemi t. j. komórkami o dużych jądrach z dużą ilością protoplazmy, dobrze się barwiących.

Anatomiczne twory te są podobne do gruczolaków, ponieważ jednak towarzyszą im większe lub mniejsze skupienia tkanki mięsnej, włóknistej lub łącznej, przyjęto dla nich nazwę *adenomyosis, adenofibrosis* i t. d. Sprawa mianownictwa nie jest definitywnie załatwiona. Twory te zajmują pośrednie miejsce pomiędzy sprawami zapalnemi, przerostowemi a nowotworowemi. Rozróżniamy *adenomyosis interna* i *externa*. Co się tyczy pochodzenia tych tworów istnieje kilka teoryj; zarodkowa, zapalna, transplantacyjna, limfatyczna i metaplastyczna. Przeważa zdanie, że jedna teorja nie jest w stanie wytłumaczyć pochodzenia tych tworów.

Badania doświadczalne, które przeprowadziłem w latach 1928—1930 na zwierzętach, wykazały, że dla *adenomyosis externa* teorja heterotopji nabłonka otrzewnowego będzie najbardziej słuszną. Nie ulega wątpliwości, że konstytucja narządu rodnego może być czynnikiem sprzyjającym w powstawaniu tego schorzenia.

Objawy chorobowe są zależne od umiejscowienia. W przypadkach *adenomyosis interna* często spotykamy się z bardzo bolesnemi menstruacjami oraz długotrwałemi krwawieniami. Leczenie operacyjne. Leczenie promieniami Roentgena lub radu jest leczeniem objawowem. Usuwa bowiem te objawy chorobowe, które powstawały w związku z czynnością jajnika.

Prelegent omawia przypadek *adenomyosis interna*, który operował na oddziele ginekologicznym Szpitala. Dotyczył on chorej lat 45, która nie rodziła i nie roniła. Przed 20 laty przeszła sprawę zapalną narządu rodnego. Wskazaniem do operacji były bardzo silne krwawienia z macicy, które spowodowały niedokrewność dużego stopnia i nie ustawały mimo leczenia zachowawczego. Badaniem ginekologicznem stwierdzono niedorozwój części rodnych zewnętrznych, oraz guz, wychodzący z tylnej ściany trzonu macicy wielkości pięści. Usunięto macicę wraz z przydatkami. Guz nie posiadał własnej torebki i wychodził ze ściany macicy. Badanie drobnowidowe skrawków z guza wykazało *adenomyosis interna*. *(Streszczenie własne).*

*W dyskusji:* Kol. W i c z y ń s k i Tadeusz, czł. Twa, zapytuje prelegenta jaki był zespół cech konstytucjonalnych w przedstawionym przypadku i jak zachowywał się jajnik pod względem morfologicznym. O tem prelegent nie wspomina a przecież sprawa *adenomyosis* nie streszcza się do zabiegu operacyjnego lecz do etjologji tego cierpienia. Kol. W. podnosi, że w powstawaniu *adenomyosis interna* może mieć znaczenie wpływ jajnika na błonę śluzową macicy (wpływ wzmożony — w znaczeniu przedłużenia działania), z drugiej zaś strony nie jest bez znaczenia zachowanie się samej macicy (konstytucjonalne zaburzenie stosunku tkanki łącznej do mięśnia macicy). To też badanie w kierunku obu pytań, które W. podnosi, byłoby bardzo interesujące i w każdym klinicznie opracowanym przypadku pożądane. W. podnosi cechy konstytucjonalne przypadków wyjętych z piśmiennictwa (O. F r a n k l, R. M e y e r, S a m p s o n i i.) Jeśli chodzi o *adenomyosis retrovaginalis* to w diagnostyce różniczkowej należałoby wziąć w rachubę tak zw. *parametritis posterior* dawnych autorów; w tych przypadkach — o ile się nasuwają wątpliwości, proponowałby W. próbne wycięcie przez otwarcie tylnego sklepienia, z następowem badaniem histologicznem. Kol. W. jest zwolennikiem wykonywania skrobanki dla celów diagnostycznych. Co do leczenia W. podnosi, że niektórzy autorowie polecają naświetlanie promieniami Roentgena, a dopiero w razie zawodu zabieg operacyjny. W. jest zwolennikiem zupełnego wycięcia macicy przy *adenomyosis* a nie nadpochwowego odcięcia, jak w przedstawionym przypadku. *(Streszczenie własne).*

*W odpowiedzi* kol. M ą c z e w s k i: Na pytanie, jaki istnieje związek pomiędzy konstytucją, a powstawaniem *adenomyosis*, mówca odpowiada, że treść i zakres pojęcia konstytucji ogólnej są w różnorodny sposób przez klinicystów ujmowane. Nie osiągnięto bowiem zgody, jaki czynnik należy brać pod uwagę w klasyfikacji konstytucji, czy biologiczny, czy też morfologiczny. Natomiast konstytucja narządu rodnego jest pojęciem konkretnem, gdyż opiera się na podstawach anatomicznych. Stan narządu rodnego i czynność gruczołów dokrewnych winny być wzięte pod rozwagę i uwzględnione w ocenie przyczyn i skutków tego schorzenia. Mówca nie porusza różnorodnych teoryj powstawania tego schorzenia, gdyż niejednokrotnie z tego miejsca już miał sposobność mówić o tem. Pod tym względem w piśmiennictwie istnieje duża różnica zdań i sprawa do dnia dzisiejszego jest otwarta. Skrobanka w celach rozpoznawczych nie jest wskazana, gdyż nie da nam żadnych danych. Leczenie energją promieniotwórczą jest leczeniem objawowem, gdyż usuwa jedynie objawy chorobowe, pozostające w związku z czynnością jajnika. *(Streszczenie własne).*

*W odpowiedzi kol. Maczewskiemu:* kol. W i c z y ń s k i podkreśla, że właśnie czynniki konstytucjonalne mogłyby wyjaśnić nietylko powstawanie *adenomyosis interna* (j. w.) ale i *externa* (S a m p s o n podnosi *stenosis orif. ext. ut.* jako przyczynę menstruacji wstecznej).

3) Kol. L e n c z o w s k i, czł. Twa, przedstawia *przypadek ciąży zamacicznej donoszonej* z płodem obumarłym. Ciąża wychodziła z lewej trąbki, płód zaś znajdował się w jamie brzusznej. Przypadek był interesujący z dwóch względów: rozpoznanie ciąży zamacicznej z powodu niejasnych objawów klinicznych sprawiało pewne trudności, a z drugiej strony wystąpiło powikłanie: niedomoga nerek, połączona z kompletną anurją. Przypadek zakończył się śmiertelnie. Referent interpretuje zmiany degeneracyjne w nerkach, które stwierdziło się na sekcji, jako wyraz zatrucia ciążowego, czemu prawdopodobnie sprzyjało nieprawidłowe usadowienie się jaja płodowego *(Streszczenie własne).*

*W dyskusji:* kol. O s t r o w s k i Tad., czł. Twa: ponieważ chora żyła po zabiegu przez 7 dni, można było próbować uratować chorą przez odsłonięcie nerki lub nacięcie miedniczki, dla ułatwienia odpływu moczu.

Kol. S e i d l e r Maksymiljan, czł. Twa: płód nie żył 5—6 dni, zatrucie w przedstawionym przypadku mogło wystąpić wskutek obumarcia płodu a nie wskutek ciąży pozamacicznej; przypadki donoszonej ciąży pozamacicznej nie są — jak podkreślił prelegent— tak rzadkie, opisane są przez różnych autorów liczne przypadki. Dążenie ginekologa powinno pójść w kierunku wczesnego rozpoznania. Postępowanie nie zawsze jest jednolite; radykalne nie zawsze możliwe.

Kol. Ł a s k o w n i c k i Stanisław, czł. Twa, podkreśla ważność badania moczu przed każdą operacją, przynajmniej na białko, cukier i osad;energiczniejsze postępowanie: dekapsulacja i pyelostomja mogłyby może chorą uratować.

Kol. F r a n k e Marjan, czł. Twa, zapytuje, czy była badana krew na azot pozabiałkowy.

*W odpowiedzi:* Kol. L e n c z o w s k i: moczu przed operacją nie badano, gdyż cewnikowanie stwierdziło, że pęcherz jest próżny, więc sądzono, że chora oddała mocz niedawno. Dekapsulacji nie wykonywano w pierwszych dniach bez moczu, gdyż samopoczucie chorej było stosunkowo dobre, później nastąpiło tak gwałtowne osłabienie, że zabiegu zaniechano. Azotu pozabiałkowego nie badano.

4) Kol. M o z o ł o w s k i Włodzim. wygłosił wykład: *Nowe teorje i badania doświadczalne nad wydzielaniem moczu.* (P. G. L. nr. 50 1932).

*W dyskusji:* Kol. L a s k o w n i c k i Stan., czł. Twa, podaje kilka uwag, jak wygląda technicznie punkcja kłębuszków. Rozrzutność nerki uwidacznia się nietylko w wielkiej ilości pramoczu, lecz także w czynności tylko około 25% kłębuszków, gdy reszta jest nieczynna, dlatego nerka tak doskonale wyrównuje ubytki części miąższu, dlatego badanie wydolności nerek jest trudne, natomiast nerka jest bardzo wrażliwa na czynniki toksyczne, np. małe ognisko gruźlicze już wpływa na czynność wydzielniczą nerki.

Kol. M o r a c z e w s k i Wacław, czł. Twa, podkreśla, że różnice w sączeniu zależne są nietylko od wielkości, lecz także od przesączalności i wsiąkliwości różnych cząsteczek.

Kol. M o z o ł o w s k i podziela zdanie przedmówcy.

Sprawozdanie z XXVI. Posiedzenia naukowego 28. października 1932.

Przewodniczy: Kol. S. R u f f.

1) Odczytanie i przyjęcie protokółu poprzedniego posiedzenia.

2) Kol. Prezes S. R u f f zawiadamia obecnych o zaproszeniu Towarzystwa na Zjazd Zrzeszenia Dyrektorów Sanatorjów Przeciwgruźliczych we Lwowie i na Jubileusz 25-lecia pracy pedagogicznej prof. Zalewskiego i prosi o wzięcie udziału.

3) Kol. G r a b o w s k i, czł. Twa, przedstawia *rentgenogramy z dwóch przypadków sztucznej odmy opłucnowej powikłanej wytworzeniem kul włóknikowych.* Omawia ich genezę.

4) Kol. L i e b h a r t, czł. Tow., wygłosił wykład: *Rola hormonu jajnikowego w organiźmie kobiety.* (Przeznaczone do druku).

5) Kol. R e i s, czł. Twa, a) *O nieznanym dotychczas zabytku literackim dotyczącym okularów.* Wzmianki o okularach w piśmiennictwie ogólnem i lekarskiem wieków średnich należą do wielkich rzadkości. Jedyną zaś w dotyczącem piśmiennictwie jest wzmianka o okularach w starofrancuskim, nie ogłoszonym dotychczas drukiem manuskrypcie z r. 1327, w którym autor rękopisu Jean Brisebarre zaleca używanie szkieł nie w celach ściśle lekarskich ale w znaczeniu metaforycznem. Rękopis ten znajduje się w Bibljotece Narodowej w Paryżu. W poemacie tym polemizuje poeta z żydami, którzy nie chcą uznać dogmatów chrześcijaństwa i w przenośnem

znaczeniu nazywa żydów ślepymi. Aby uczynić ich widzącymi, chce poeta szkło umieścić przed okiem żyda i w ten sposób wzrok mu poprawić i udostępnić zrozumienie zasad chrześcijańskich. Wiersz ten brzmi:

*„Juys avules, pour ton miex*
*Veul mettre un bericle a tes yex...".*

Wkońcu demonstruje R. przyczynek do historji okularów w rzeźbie. W ogrodach historycznych w Collodi (koło Montecatini, we Włoszech) znajduje się na frontowej ścianie ogrodu terasa z licznemi rzeźbami dekoracyjnemi. Wśród tych figur zwróciła uwagę prelegenta małpa w stroju dworskim, w stylu rokoko, zaopatrzona w wielkie okulary. Okulary te składają się z dwóch okrągłych, nieprzeźroczystych krążków, złączonych ze sobą przez łąk poprzeczny i umieszczonych przed oczyma tak, że przy patrzeniu *en face* oczy właściwie są przykryte. *(Streszczenie własne).*

b) *Wrażenia z IX. międzynarodowego zjazdu historyków medycyny w Bukareszcie.* (P. G. L. nr. 50. 1932).

Sekretarz doroczny: *H. Długosz.*

## Warszawski Oddział Polskiego Towarzystwa Anatomiczno-Zoologicznego.

Posiedzenie z dnia 9 listopada 1932 r.

Część pierwszą posiedzenia poświęcono uczczeniu pamięci zmarłych członków Towarzystwa. P. Słonimski wygłosił wspomnienie pośmiertne o Ś. p. Ryszardzie Błędowskim i W. Stefański o ś. p. Konstantym Janickim. W części naukowej wygłoszono następujące komunikaty:

1) P. J. Ocioszyńskiej-Bankierowej: *„O pewnych cechach morfologicznych wioślarek (Cladocera) i ich znaczeniu dla systematyki".* Referentka przedstawiła wyniki swych badań nad budową i uzbrojeniem pazurów końcowych u wioślarek z rodzaju *Daphnia,* które otrzymała przy zastosowaniu własnej metody badania wymienionych pazurów. Metoda ta pozwoliła jej wykryć szereg nowych szczegółów w budowie pazurów końcowych, które dowodzą, że przeważnie dotychczas stosowany podział systematyczny rodzaju *Daphnia* na dwie grupy (o pazurach końcowych opatrzonych dodatkowemi grzebykami i tych grzebyków pozbawionych) nie jest uzasadniony.

2) P. M. Serini: *„Różnice morfologiczne i antropologiczne mm. żwaczy".* Na podstawie 100 zbadanych mm. żwaczy i mm. skroniowych oraz zestawienia wyników z wynikami otrzymanemi przez Ehrlicha i Ćwirko-Godyckiego dotyczącemi mm. żwaczy Melanezyjczyków można orzec, że żwacze Polaków są węższe, nieco dłuższe od żwaczy Melanezyjczyków. Przebieg części powierzchownej jest bardziej skośny, niż u Melanezyjczyków, przyczep mm. na żuchwie przesuwa się ku gałęzi żuchwy. Mięsień skroniowy jest szerszy u Melanezyjczyków, niż u Europejczyków lecz u tych ostatnich spotykamy się z większemi wahaniami, zależnemi od budowy czaszki.

## Towarzystwo Lekarskie Zagłębia Dąbrowskiego.

Protokół zebrania nadzwyczajnego oraz zwykłego naukowego z dnia 27 kwietnia 1932 r.

1. Kol. Budzyński: demostruje chłopca z *ichtyosis* skóry całego ciała.

2. Kol. Suchodolski: zagajając zebranie ogólne nadzwyczajne, zawiadamia, że Obchód Jubileuszowy Towarzystwa Lekarskiego został ze względów technicznych przełożony do jesieni, co zebrani przyjęli bez protestu.

Następnie Zarząd stawia wniosek, by ograniczyć czas wygłaszania referatów i odczytów do minut 30 względnie do 50 — jednak w tym wypadku za poprzedniem zawiadomieniem Zarządu T-wa, pokazy zaś ograniczyć do 10 minut. Dyskusję po referatach i odczytach ograniczyć do 5 minut, a po pokazach do 3 minut, z jednorazowem tylko udzieleniem głosu oraz, by zebrania naukowe T-wa rozpoczynały się punktualnie o godzinie 20,15. Po krótkiej dyskusji wniosek Zarządu przyjęto.

3. Kol. Trawiński: wygłasza odczyt *„O leczeniu operacyjnem kamicy żółciowej".*

*W dyskusji,* w której poruszano sprawę cholecystografji, dostosowanie się organizmu po resekcji woreczka żółciowego, statystykę wieku zachorowań, wskazania dla internistów skierowania chorych z kamicą żółciową do chirurga, zabierali głos Kol. Kol. Budzyński, Liedtke, Welfe, Osiński, Witkowski, Suchodolski, Czarski, Kotarski i Zalc.

4. Kol. Zahorski wygłasza sprawozdanie za rok 1931 z I-go Oddziału chorób wewnętrznych szpitala „Pogoń" Kasy Chorych w Sosnowcu:

Oddział posiada 33 łóżek (14 męskich i 19 kobiecych). W ciągu roku chorych było ogółem 727 (268 mężczyzn i 459 kobiet). Największy odsetek chorych leczonych przypadało na choroby narządu trawienia (26,3%), a następnie na choroby układu kostno-mięśniowego, które stale wzrastają (z 6% w r. 1920 do 13,6% obecnie), trzecie miejsce zajmowali chorzy z cierpieniami układu nerwowego (12,8%), czwarte chorzy dotknięci chorobami narządu krążenia (11,1%), piąte z cierpieniami narządu oddechowego (10,6%), szóste z chorobami narządu moczopłciowego (6,9%). Nadmienić należy stały wzrost liczby chorych z powodu nowotworów (w 1920 r. stanowiły 1,2% — obecnie 2,3% ogólnej liczby) oraz coraz częstsze wypadki otrucia (w 1920 r. 0,2% obecnie 3,3%) co tłumaczy się trwającym kryzysem i ciężkiemi warunkami materjalnemi.

Natomiast odsetek chorych gruźliczych zmniejszył się znacznie, gdyż z 16% w 1920 r. spadł obecnie do 3,4%, wskutek tego, że chorzy prątkujący skierowywani są do szpitala dla zakaźnych w Czeladzi i do miejskich baraków gruźliczych w Sosnowcu oraz, że Kasa Chorych posiada oddział odmowy.

Liczba dni leczenia wynosiła 10.659. Przeciętny czas leczenia szpitalnego średnio 14 dni. Śmiertelność wyniosła 4,6%. Zmarło 34 osób, w tem 11 chorych przywieziono do szpitala w stanie konania, zmarli oni po kilku lub kilkunastogodzinnym pobycie. Sekcyj naukowych wykonano dwie. Badania mikroskopowe, chemiczne i bakterjoskopowe wykonywane były w centralnem laboratorjum Kasy Chorych, zostającem pod kierunkiem Dr. Sztuki. Prócz tego przesyłano krew do Krakowa do wykonywania rozbiorów serologicznych lub też hodowli bakteryj we krwi się znajdujących. W wielu wypadkach korzystano z Instytutu Roentgena i Fizjatrji. Chorych skierowywano na zdjęcia i prześwietlenia oraz naświetlania, diatermję i jontoforezę do Dr. Osińskiego i Dr. Welfego.

Dla zilustrowania pracy oddziałowej zaznaczyć należy, iż średnio miesięcznie wykonywano 1.150 zabiegów, jak przemywania pęcherza, żołądka, nakłucia lędźwiowe, opłucnej, jamy brzusznej, wstrzykiwania dolędźwiowe, dożylne, dostawowe i t. p., elektryzacyj, częściowe kąpiele elektryczne, zabiegi hydropatyczne, opatrunki, różne kąpiele (langbeinitowe, jodoradowe, siarczane, słone). Stosowanie radowych okładów, paznelenizacje, masaże, badanie opadania krwinek.

Kol. Zahorski wkońcu mówił o wartości niektórych metod leczenia astmy, niedokrwistości, reumatyzmu stawowego i obserwowanych wynikach.

*W dyskusji* Kol. Kotarski mówi o potrzebie otworzenia oddziału chorób nerwowych dla odciążenia oddziału wewnętrznego.

Kol. Ryder porusza sprawy chorych wenerycznych, Kol. Ingster sprawy łóżek dla chorych neurologicznych i sprawy leczenia reumatyzmu pyramidonem.

Protokół zebrania naukowego z dnia 18-go maja 1932 roku.

1. Kol. Zahorski przedstawia chorą K. K., lat 14, która od 4 miesięcy miewa bóle i zawroty głowy i przez dłuższy czas codziennie wymiotowała, obecnie wymioty od czasu do czasu z rana naczczo. Odżywianie dobre, skóra jędrna, tylnoboczne skrzywienie kręgosłupa lekkiego stopnia, na obydwu podudziach zprzodu owrzodzenia, pokryte strupami. Niedorozwój płciowy: gruczoły piersiowe nierozwinięte, brak jakiegokolwiek uwłosienia, perjodów niema. Badanie krwi i płynu mózgowo-rdzeniowego na Wassermana — wynik ujemny. Roentgen w obrębie kości czaszki zmian nie wykazuje, poza powiększeniem *impressiones digitatae* oraz rozszerzeniem szwu wieńcowego. Co rano po obudzeniu się narzeka na bóle w okolicy i poniżej VII kręgu szyjowego, wskutek tego bólu zanim rozchodzi się, musi głowę trzymać pochyloną ku przodowi. Na lewe ucho gorzej słyszy, wzrok coraz słabszy. Źrenice szerokie, słabo reagują na światło, prawa nieco lepiej, nieznaczny oczopląs przy zwracaniu oczu w prawą lub lewą stronę. Dno oka blade, tarczy trudno odszukać, naczynia z powodu obrzęku widać tylko częściowo, są jakby przerwane, w lewem oku dużo wybroczyn i białych zanikowych plamek. Odruchy kolanowe zniesione, Babiński i Rossolimo — ujemny. Mięśnie prostujące palce u nóg porażone. Chód z wyrzucaniem stopy. Lewe kończyny górna i dolna słabsze. Czucie po stronie lewej obniżone. Dolny odruch brzuszny po stronie prawej lekko zaznaczony. Tętno stale przyśpieszone 120—132—1'. Pacjentce stosowałem jod, bizmut, ostatnio wcierania. Rozpoznanie nieustalone, czy schorzenie na tle luetycznem, czy guz móżdżku.

*W dyskusji* Kol. Puterman: oświadcza się raczej za sprawą rozsianą w układzie mózgowo-rdzeniowym, a nie guzem

mózgu, podobnie i Kol. Trawiński — głos zabierali jeszcze Kol. Kol. Welfe i Kozłowski.

2. Kol. Trawiński: wygłasza odczyt p. t. *„Poglądy nowoczesne na tworzenie się wrzodów żołądka, oraz powstawanie t. zw. wrzodów trawiennych jelita po zespoleniu żołądkowo-jelitowem"*.

*W dyskusji* Kol. Puterman wspomina, mówiąc o etjologji, o skazie wrzodowej na tle ogólnego zakwaszenia ustroju, szczególnie u wagotonistów.

3. Kol. Ficenes składa sprawozdanie z działalności oddziału ginekologicznego szpitala Sieleckiego za rok 1931.

Chorych było ogółem w ciągu roku 777, w tej liczbie: z wadami rozwojowemi 18 (2.31%), z uszkodzeniami porodowemi i innemi 24 (3,08%), z wadami położenia macicy i pochwy 53 (6,82%), z nowotworami 89 (11,45%), ze zmianami zapalnemi 304 (39.12%), z ciążą zewnątrzmaciczną 38 (4,9%) i t. d.

W grupie chorych z nowotworami było 18 przypadków raka szyjki macicznej, z czego 9 operacyjnych, 9 zaś daleko posuniętych i nie nadających się do operacji, 3 przypadki raka rozsianego na otrzewnej, 2 trzonu macicy i 2 przypadki mięsaka jajników, oba już z przerzutami.

Operowano ogółem 457 chorych (58,81%), otwarcia jamy brzusznej dokonano w 157 przypadkach, w tej liczbie przeprowadzono: operacyj ciąży zewnątrzmacicznej 38, cięć cesarskich 6, macic usunięto 38 (8 sposobem Wertheima) i t. d.

Chore ze zmianami zapalnemi narządów rodnych leczono przeważnie zachowawczo, do zabiegu operacyjnego doszło tylko w 14 przypadkach, postępowano wówczas radykalnie, usuwając chore przydatki najczęściej wraz z macicą.

Śmiertelność wśród operowanych wyniosła 9 (1,96%), uwzględnić jednak należy, iż w 2 przypadkach operowano z powodu rozlanego ropnego zapalenia otrzewnej, w stanie beznadziejnym, jedna zaś chora zmarła na gruźlicę płuc w kilka tygodni po operacji torbielaka jajnika; poza tem 2 chore zmarły po operacji ciąży zewnątrzmacicznej z powodu zapalenia płuc (obie chore były operowane nagle i bez należytego przygotowania), 1 chora zmarła po operacji raka części pochw. macicy sposobem Wertheima, 1 w wieku podeszłym z powodu olbrzymich rozmiarów, a zropiałych, włókniaków macicy, 1 chora po operacji włókniakonerwiaków więzadeł szerokich, wreszcie 1 chora zmarła nagle podczas laparotomji, w przebiegu której wykonywano przedmuchanie trąbek (sekcja zwłok wykazała prawdopodobny zator powietrzny, nadto *thymus persistens* i ogólny infantylizm).

*W dyskusji,* w której poruszano sposoby usypiania, wskazania do cięcia cesarskiego — zabierali głos Kol. Kol. Trawiński, Witkowski, Ryder, Czarski i Zalc.

Z powodu późnej pory odczyt Kol. Witkowskiego odłożono do następnego zebrania naukowego.

Sekretarz: (—) *Dr. F. Sztuka.*
Prezes: (—) *Dr. K. Suchodolski.*

## II-gi Wojewódzki Zjazd Przeciwgruźliczy, Lwów 24. IV. 1932.

Posiedzenie przedpołudniowe w Państw. Szpitalu powszechnym we Lwowie.

Obecnych 95 osób — w tem reprezentant Polskiego Związku Przeciwgruźliczego z Warszawy, reprezentanci Izby Lekarskiej lwowskiej, Wydziału lekarskiego Uniwersytetu J. K. we Lwowie, Akademji Medycyny Weterynaryjnej, Lwowskiego Twa lekarskiego, Polskiego Czerwonego Krzyża, Wojskowości, Magistratu m. Lwowa, Państwowego Zakładu dla umysłowo chorych w Kulparkowie, Delegaci Polskiego Twa Higjenicznego we Lwowie i w Przemyślu, delegaci Lwowskiego Twa walki z gruźlicą, T. O. Zu, Twa Dembina, Lekarze powiatowi, delegaci Pow. Kół walki z gruźlicą, Ukraińskiego Twa Higjenicznego, delegaci Okręgowego Związku Kas chorych, M. Kasy chorych i Powiatowych Kas chorych, lekarze szpitalni.

Dr. Wacław Majewski otwiera Zjazd imieniem Departamentu Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, Pana Wojewody i swojem własnem jako Naczelnika Wydziału Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego. Na wstępie podkreśla dodatnie cechy pracy powiatowych Kół walki z gruźlicą, Lwowskiego Twa walki z gruźlicą i Wojewódzkiego Twa Przeciwgruźliczego, które mogą już dziś pochwalić się znacznym dorobkiem. Mimo kryzysu ekonomicznego praca rozwija się, powstaje 9 nowych przychodni przeciwgruźliczych, może nawet lepiej zorganizowanych, bo praca w dawniej powstałych przychodniach dała duże doświadczenie. Do nowo powstałych należy zaliczyć przychodnie przeciwgruźlicze w Bóbrce, Borysławiu, Lisznej (pow. Sanok), w Komarnie pow. Rudki, w Turce. — Podkreśla, jaka jest pozytywna praca, czego dowodem jest ruch chorych, co można stwierdzić ze sprawozdań. Wspomina, że na tych placówkach pracuje 18 lekarzy wyszkolonych i 32 pielęgniarek fachowo przygotowanych do swej pracy, — Roentgen jest czynny w 8 przychodniach, lampy kwarcowe w 20-tu, laboratorja w 17-tu.

25 Powiatowych Kół i Towarzystw grupuje się i łączy w Wojewódzkiem Twie przeciwgruźliczem.

Rezultaty kampanji Dni Przeciwgruźliczych są lepsze. Dr. Majewski oświadcza, że sam był sprawcą różnych kłopotów w organizacji Dni Przeciwgruźliczych ze względu na toczącą się akcję pomocy bezrobotnym, jednakowoż dało się tę sprawę przeforsować. Zebrało się kwotę nie do pogardzenia, wynoszącą około 18.000 zł, ze sprzedaży znaczków przeciwgruźliczych. Z tego $3^1/_2$ tysiąca złotych przelano na leczenie gruźlików bezrobotnych w Sanatorjum w Hołosku. W zakończeniu wyraża Dr. Majewski podziękowanie wszystkim tym, którzy przyczynili się do organizowania i uświetnienia wyniku Dni Przeciwgruźliczych.

Dr. Węgrzynowski jako stały sekretarz Zjazdów odczytuje program Zjazdu. Wyjaśnia, że II-gi Wojewódzki Zjazd Przeciwgruźliczy miał się odbyć w Przemyślu, jednak odbywa się we Lwowie, gdyż liczono się z tem, że nie będzie mogło brać udziału w Zjeździe tylu uczestników, co obecnie we Lwowie.

Dr. Węgrzynowski stawia wniosek, by do Prezydjum Zjazdu zaprosić Dra Pohoreckiego, Dyrektora Państwowego Szpitala, Prof. Dra Gajewskiego z Akademji Medycyny Weterynaryjnej i Dra Grzegorzewskiego, Lekarza powiatowego z Jarosławia, na sekretarzy Zjazdu Dra Garbienia z Gródka Jagiellońskiego, Dra Wójcikiewicza z Sokala i Dra Hibla z Przemyśla.

Wniosek przyjęto przez aklamację.

Dyr. Dr. Pohorecki dziękując za wybór porusza na wstępie sprawę oddziałów gruźliczych na terenie szpitala powszechnego we Lwowie. Były plany, by w kompleksie Pawilonów Zakaźnych wybudować pawilon dla gruźlicy niebezpiecznej dla otoczenia, jednak to nie doszło do skutku. Obecne sale gruźlicze nie są nadzwyczajne. Brak miejsca dla gruźliczo chorych. Jeżeli obliczy się za przeciąg 10 lat frekwencję ubezpieczonych członków Kas chorych w szpitalu i weźmie się pod uwagę stratę, wynikającą dla szpitala z jednego dnia leczenia tych chorych w szpitalu na podstawie ustawy o ubezpieczniach społecznych, obniżającej im w 50% taksę szpitalną, to właśnie za te pieniądze Sanatorjum zostało wybudowane. Gdy otwarto Sanatorjum M. Kasy chorych, zdawało się, że gruźlicę tam się będzie umieszczać i to schorzenie tam się będzie leczyć. Okazuje się jednak, że Kasa chorych w dalszym ciągu posyła do szpitala najcięższe stany gruźlicy otwartej. Apeluję do Naczelnika Dra Majewskiego, by bronił szpital od gruźlicy. (huczne oklaski).

Dr. Wysocki odczytuje sprawozdanie Wojewódzkiego Komitetu Dni Przeciwgruźliczych za 1931/32 rok. Wobec braku dyskusji Dyr. Dr. Pohorecki zaprasza Prof. Dra Legeżyńskiego do wygłoszenia wykładu.

Prof. Dr. St. Legeżyński wygłasza wykład p. t. „50-lecie prątka Kocha" (Ogłoszony w Przeglądzie Weterynaryjnym nr. 6, 1932 r.).

Dyr. Dr. Pohorecki zamyka przedpołudniowe obrady i zaprasza obecnych do zwiedzenia urządzeń szpitalnych. Uczestnicy Zjazdu zwiedzili dwa oddziały wewnętrzne, Klinikę chorób wewnętrznych, oddział przeciwgruźliczy i leżalnie. Następnie odbyła się wspólna fotografja, poczem zarządzono przerwę obiadową.

Popołudniowe obrady odbyły się w gmachu Szpitala Izraelickiego przy ul. Rappaporta.

Przewodniczący Dyr. Dr. Pohorecki otwiera obrady popołudniowe.

Prezydent Chajes imieniem Gminy Wyznaniowej wita Zjazd i dziękuje za obranie terenu szpitala żydowskiego na miejsce obrad. Wyjaśnia, że Gmina Wyznaniowa żydowska troszcząc się o szpital nie zapomina o walce z gruźlicą. W r. 1920 dzięki pomocy Dyr. Dra Meiselsa udało się stworzyć w szpitalu dział przeciwgruźliczy. Szpital stał się ośrodkiem zapobiegawczym. Od r. 1922 udało się 400 dzieci uzdrowić; przychodnię przeciwgruźliczą dla dorosłych prowadzi T. O. Z., przychodnia dla dzieci jest pod Zarządem szpitala. Dzięki Twu Dembina mogą dzieci zagrożone korzystać z kolonji. Wkońcu Prezes dziękuje lekarzom szpitalnym za akcję w dziele walki z gruźlicą (huczne oklaski).

Dr. Wiszeniewski (Delegat Polskiego Związku Przeciwgruźliczego) składa najserdeczniejsze życzenia dla Zjazdu od Polskiego Związku Przeciwgruźliczego.

Dyr. Dr. Meisels wygłasza wykład p. t. Zadania szpitali w leczeniu gruźlicy dziecięcej (będzie ogłoszone w całości).

Prym. Dr. Pisek — wygłasza wykład p. t. „40-lecie tuberkuliny Kocha" (będzie ogłoszone w całości).

Dyr. Dr. Meisels — w zastępstwie Dyr. Dra Pohoreckiego prosi Dra Ungara, by ze względu na brak czasu streścił swój wykład.

Dr. Ungar — wygłasza wykład p. t. „Gruźlica, a kiła płuc". (Będzie ogłoszony w całości).

Dyr. Dr. Meisels — otwiera dyskusję.

Dr. Fels — odnośnie do wykładu Dra Ungara zauważa, że przy kile płuc objawem jest powiększenie wątroby.

Dr. Majewski — w sprawie referatu Dra Ungara zauważa, że na Pokuciu panuje kiła endemicznie. Byli specjalni lekarze tam eksponowani do przeprowadzenia leczenia, były prowadzone statystyki przez rząd austrjacki, lecz zaginęły. Za czasów polskich z początkiem akcja ta była rozrzutnie prowadzona, stworzono na tym terenie 10 przychodni. U osób mających kiłę, gruźlica rozwijała się bardzo szybko i dawała wyniki śmiertelne. Na tym terenie wdzięczną pracę mają Ośrodki zdrowia przez swą pracę zapobiegawczą i tam nauka może święcić triumfy. W imieniu Zjazdu wyraża podziękowanie prelegentom za wygłoszenie tak ciekawych wykładów.

Dr. Niedźwiałowski (Mościska) odnośnie do wykładu Dyr. Dra Meiselsa zauważa, że przy rozbudowie ustaw socjalnych istnieją przepisy w sprawie kart zdrowia dla mamek i niańek, istnieje obowiązkowe badanie ich. Każdy urzędnik ma być badany przed wstąpieniem do służby państwowej a przedewszystkiem nauczycielstwo.

Dr. Węgrzynowski przed zamknięciem dyskusji stawia wniosek, by wybór miejsca III-go Zjazdu Przeciwgruźliczego pozostawić do decyzji stałego Komitetu Zjazdów. Wniosek przyjęto przez aklamację.

Dyr. Dr. Meisels zamknął obrady Walnego Zebrania o godz. 18-ej.

Po obradach popołudniowych uczestnicy Zjazdu zwiedzili urządzenia szpitalne (leżalnie) w zakresie walki z gruźlicą — wkońcu byli podejmowani gościnnie podwieczorkiem przez Dyr. Dra Meiselsa.

Uczestnicy Zjazdu wzięli również udział w pożegnalnej kolacji w Hotelu George'a.

---

## WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

*Odznaczenia i wiadomości osobiste.*

Naczelnikiem Izby lekarskiej Zachodnio Małopolskiej wybrano Dr. Jana Olbrychta, profesora medycyny sądowej U. J., który obejmie to stanowisko po śp. Drze Siemieńskim.

*Zmarli.*

Dr. Władysław Peters, l. 60 w Cleveland, jeden z najwybitniejszych przedstawicieli emigracji amerykańskiej, redaktor biuletynu polsko-angielskiego Związku lekarzy i dentystów polskich w Stanach Zjednoczonych.

Dr. Juljusz Sroczyński, lekarz Kas Chorych w Białej i Bielsku.

Dr. Ignacy Koniecpolski, naczelny lekarz szpitala zakaźnego w Częstochowie.

*Ruch w towarzystwach lekarskich i zjazdy.*

Posiedzenie Naukowo-Wyborcze Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego odbyło się 10. I. 1933. Część I-sza. Zawodziński T.: O żeńskich hormonach płciowych. Część II-ga. Wybory Zarządu.

XIV. Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich w Poznaniu. Sekcja Stomatologów przyjęła jako tematy główne: I. Choroby okolicy przyzębnej a zaburzenia ogólne; II. Oral sepsis a nasze leczenie zachowawcze i roboty techniczne. Ponadto Sekcja przyjmuje zgłoszenia referatów na tematy dowolne.

Sekcja medycyny wewnętrznej. Na referaty główne wybrano: 1. Temat: Niedokrwistość złośliwa. Patogeneza: referent Prof. Dr. Tempka. Klinika: referent Prof. Dr. Rencki. 2. Temat: Angina pectoris. Patogeneza: referent Prof. Dr. Franke. Klinika: referat Prof. Dr. Semerau-Siemianowski. Komitet przyjmuje zgłoszenia prac oryginalnych, pokrewnych powyższym tematom, prac opartych na własnych badaniach i na obserwacjach klinicznych oraz badań doświadczalnych i laboratoryjnych, będących w związku z medycyną wewnętrzną, jak i opisów nowych metod badania lub leczenia.

Sekcja Psychjatryczna przyjęła jako tematy główne: I. Zaburzenia psychiczne i cielesne przy schorzeniach ośrodków podkorowych. Referenci: Prof. M. Rose (Wilno), Prof. F. Czubalski (Warszawa), Prof. S. Pieńkowski (Kraków). II. Biologja kryminalna. Referenci: Dr. S. Batawia (Warszawa), Płk. J. Nelken (Warszawa), Doc. Mydlarski (Warszawa), Dr. K. Mikulski (Warszawa). Prof. S. Borowiecki i Prof. Horoszkiewicz (Poznań).

XIV. Międzynarodowy Zjazd Okulistów. XIV. Międzynarodowy Zjazd Okulistów odbędzie się w Madrycie, w dniach od 16 do 22 kwietnia 1933 roku pod protektoratem J. E. Prezydenta Rzeczypospolitej Hiszpańskiej. Tematy Zjazdu: 1) Gruźlica tęczówki i ciała rzęskowego: a) współczesne sposoby leczenia; b) anatomja patologiczna; 3) rozpoznanie różnicowe. 2) Odwarstwienie siatkówki: a) etjologja; b) leczenie farmakologiczne, c) leczenie operacyjne. Streszczenie wykładów w skrótach jedno około 400 wyrazów i drugie około 60 wyrazów, należy do 1 listopada 1932 roku w 5 egzemplarzach przesłać pod adresem sekretarza generalnego Dr. Francisko Poyales, Olozaga 3, Madrid. Inne tematy będą dopuszczone tylko w miarę tego, czy zawierają coś istotnie nowego. Zapisy na Zjazd kierować należy pod adresem sekretarza generalnego dra Poyales załączając sumę 10 dolarów Stan. Zjedn. A. P., albo 50 franków szwajcarskich. Osoby towarzyszące członkom Zjazdu wpłacają połowę.

*Różne.*

Francuskie Tow. Chirurgji odtwórczej, plastycznej i estetycznej rozpoczęło wydawnictwo nowego czasopisma naukowego *„Revue Française de Chirurgie Réparatrice Plastique et Esthétique"*. Redakcję tworzą prezes Tow. Dr. Dartigues (Paris, 16, 81 rue de la Pompe) i sekretarz Tow. Dr. Claoué (Paris 16, 1 rue Singer).

Djablik reporterski w jednem z czasopism zapomniał, że „Nagelextension" niekoniecznie musi oznaczać wyciąg „paznogciowy". Zmarły w Bernie Szwajc. chirurg Fritz Steinmann, profesor medycyny urazowej zapewne używał też wyciągów za paznokcie. Imię jego związane jednak zostało trwale z wyciągiem za gwoździe przebijane przez kość. Pomysł Steinmanna stał się bodźcem do powstania szeregu technicznych konstrukcyj: w latach ostatnich zamiast grubych gwoździ stalowych Steinmanna wprowadzono cienkie druciki przewiercane przez kość przy pomocy pomysłowych aparatów napędzanych ręcznie lub motorem elektrycznym. Metoda wyciągu gwoździami i drutami, która posiada dziś obszerne piśmiennictwo, stała się trwałą zdobyczą chirurgji urazowej rozwijającej się silnie w latach ostatnich równolegle z rozwojem życia sportowego i społecznych ubezpieczeń od wypadków.

*Kalendarzyk Zjazdów Międzynarodowych w roku 1933.*

Kwiecień: XIV. Zjazd okulistów w Madrycie w dniach 16—22.

Czerwiec: VII. Zjazd Medycyny i Farmacji wojskowej w Madrycie.

Lipiec: II. Zjazd Ortopedów w Londynie w dniach 19—22.

III. Zjazd Pedjatrów w Londynie w dniach 20—22.

Sierpień: III. Zjazd cytologów w Cambridge w dniach 20—26.

VII. Zjazd historyków w Warszawie, w dniach 21—28.

Wrzesień: Zjazd lekarzy słowiańskich w Poznaniu w dniach 10—11.

*Redakcja otrzymała:*

*Sprawozdanie* Zarządu Kasy Chorych m. Warszawy za r. 1931.

*M. Grodecki i St. Sielicki:* Zagadnienie gruźlicy w Kasach Chorych w świetle liczb. Bibljoteczka „Wiadomości Kas Chorych" Nr. 35. Warszawa 1933.

*S. Sielicki:* Działalność poradni przeciwgruźliczych w Polsce w latach 1930 i 1931. Warszawa 1932.

*J. Gautrelet:* Eléments de technique physiologique. Masson. Paris 1932.

*C. Lian:* L'angine de poitrine. Masson. Paris 1932.

*G. Cotte:* Chirurgie du sympathique pelvien en gynécologie. Masson. Paris 1932.

*M. Loeper:* Thérapeutique médicale. Peau, Syphilis et Cancer. Masson. Paris 1932.

*R. Froment:* Les tachycardies paroxystiques ventriculaires. Masson. Paris 1932.

*Beneden:* Recherches sur l'infection, l'hypersensibilité et l'immunité vis-à-vis du virus Tuberculeux.